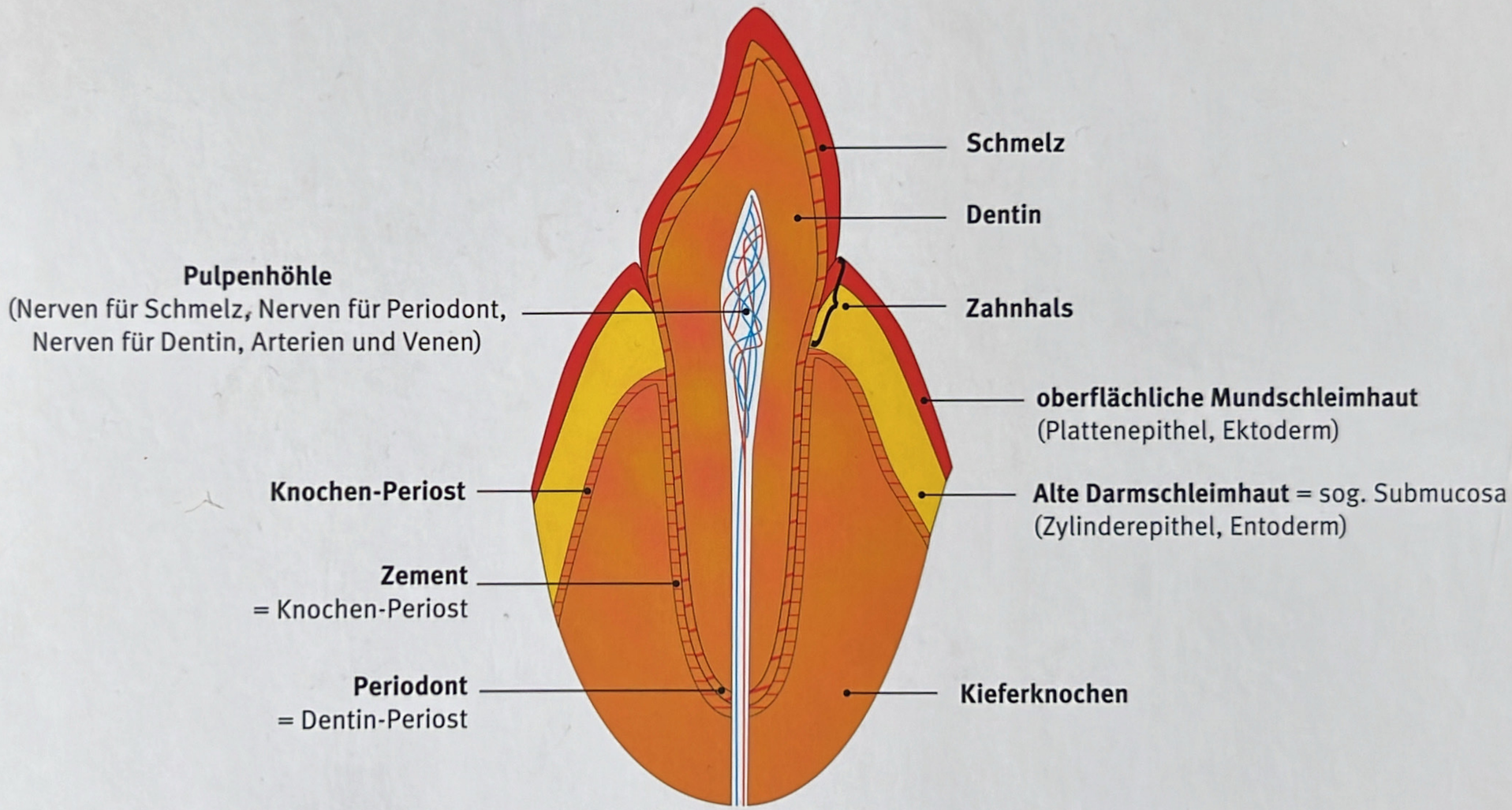
Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Wissenschaftlich-Embryologische Zahntabelle

der Germanischen Heilkunde



Der Zahn mit Zuordnung zu den Keimblättern

Amici di Dirk®

Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Wissenschaftlich-Embryologische Zahntabelle

der Germanischen Heilkunde

Amici di Dirk®
Ediciones de la Nueva Medicina S.L.

Wissenschaftlich-Embryologische Zahntabelle der Germanischen Heilkunde®
Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer
März 2020
ISBN: 978-84-96127-45-6
Depósito Legal: MA 509-2020

© und ® für alle Grafiken, Bilder und Texte in diesem Buch liegen bei Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer.

1. Auflage, Februar 2009
Wissenschaftlich-Embryologische Zahntabelle der Germanischen Neuen Medizin®
ISBN: 978-84-96127-36-4

Verlag:

Amici di Dirk® - Ediciones de la Nueva Medicina S.L.
Apartado de correos 209
29120 Alhaurín el Grande
Málaga - Spanien
Tel.: 0034 952 59 59 10
www.amici-di-dirk.com
info@amici-di-dirk.com

Bestellungen:

1. Amici di Dirk® online shop: www.amici-di-dirk.com

2. Amici di Dirk® Verlagsauslieferung Deutschland
Michaela Welte
D-76307 Karlsbad
0049- (0)7202-7756
michaela@welte-karlsbad.de

Informationen im Internet:

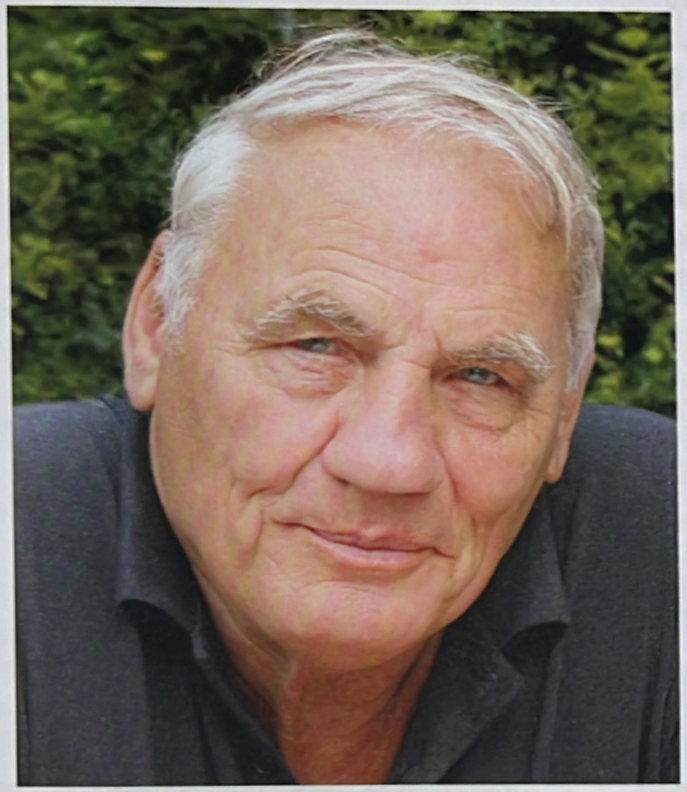
www.amici-di-dirk.com
www.drrykegeerdhamer.com
www.germanischeheilkunde-drhamer.com
www.neue-medizin.de

Dr. Ryke Geerd Hamers Verlag Amici di Dirk® bedankt sich bei Ihnen für den Kauf dieser Zahntabelle.

Durch den Erwerb dieses Buches tragen Sie nicht nur zur Verbreitung der authentischen GERMANISCHEN HEILKUNDE bei, sondern sichern auch das Weiterbestehen seines Verlages „Amici di Dirk® – Ediciones de la Nueva Medicina S.L.“, der als einziger seine Original-Arbeiten publiziert.

„Amici di Dirk® – Ediciones de la Nueva Medicina S.L.“ kann nicht garantieren, daß Publikationen, bezogen von anderen Quellen/Internetseiten, nicht anonym mit Absicht manipuliert/verändert sind.

Amici di Dirk®
Ediciones de la Nueva Medicina S.L.



Februar 2009

Liebe Zahnärzte-Kollegen,

diese wissenschaftliche Zahn-Tabelle der Germanischen Heilkunde will „keine Eulen nach Athen tragen“, will Ihnen also kein neues Fachwissen beibringen.

Vielmehr will Ihnen diese Tabelle eine neue Sichtweise vermitteln, die für Sie allerdings vielleicht oder hoffentlich schon bald unschätzbar sein wird.
Sie werden dabei jedoch sehen, daß sich mit der neuen Sichtweise auch die Therapie um 180° ändern wird.
Die früheren Zahnreparaturwerkstätten werden dann der Vergangenheit angehören.

An die Stelle der Auffassung der Zahn-Karies als des mutwilligen Zerstörungswerkes bösartiger Mikroben tritt in Zukunft ein ursächliches Verstehen der Karies als jeweilige Folge eines Beißkonfliktes, bzw. eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms (SBS).
Sie werden sehen, es macht richtig Freude den Patienten nicht mehr wie einen Kunden in einer Auto-Reparaturwerkstatt zu begrüßen, sondern als menschlichen Freund, der Ihnen vertrauensvoll seine kleinen und großen Beißkonflikte beichten wird.

Eine ganz neue Ära der Zahnheilkunde bricht an!

Euer Dr. Ryke Geerd Hamer

Inhaltsverzeichnis

Die Germanische Heilkunde - Die kosmische Weltformel 9
Das 1. Biologische Naturgesetz 13
Das 2. Biologische Naturgesetz 16
Biologische Händigkeit 20
Das 3. Biologische Naturgesetz 22
Das 4. Biologische Naturgesetz 26
Das 5. Biologische Naturgesetz 29
Charakteristische Symptome der ca-Phase, der pcl-Phase und der Epi-Krise 31
Die große entwicklungsgeschichtliche Revolution des Urwesens (Ringwesens) 34
Der exakte Beweis für den Aufriß der Ringform 37
Der Zahn mit Zuordnung zu den Keimblättern 38
ENTODERM 40
Die Zähne und warum sie uns Probleme machen 56
MESODERM 65
Altes MESODERM vom Kleinhirn gesteuert 66
Neues MESODERM vom Großhirn-Marklager gesteuert 68
Mesodermale Teile des Zahnes, vom Großhirn-Marklager gesteuert 71
Kieferknochen und Zahndentin 72
EKTODERM 84
Ektodermale Anteile des Zahnes und seiner Umgebung, von der Großhirnrinde gesteuert .. 89
Zahnschmelz 90
Das sensible Nervengeflecht auf dem Periodont 93
Fallbeispiele 104

Die Germanische Heilkunde - Die kosmische Weltformel

Die Germanische Heilkunde mit ihren 5 Biologischen Naturgesetzen und ihren Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen der Natur

Die Germanische Heilkunde wurde 1981 entdeckt.
Sie beschreibt exakt die medizinisch-biologischen Zusammenhänge des lebenden Organismus als Einheit von Psyche, Gehirn und Organ. Der Gedanke wäre absurd, in der Germanischen Heilkunde zu fragen, ob vielleicht psychische Vorgänge körperliche Vorgänge „auslösen" könnten. In der Germanischen Heilkunde ist ein psychischer Vorgang gleichbedeutend mit einem parallel und synchron ablaufenden cerebralen Vorgang und ebenfalls synchron mit einem körperlich-organischen Vorgang. Alle Vorgänge von Psyche und Organ sind durch das Gehirn verbunden und werden dort koordiniert.
Dieses **neue**[1] Verständis des universalen Organismus als permanent synchron verlaufende Trias, nämlich Psyche - Gehirn - Organ, unterscheidet die Germanische Heilkunde grundlegend von allen bisherigen medizinischen Richtungen, insbesondere der sogenannten Schulmedizin.
Gerade jetzt ist man dabei, die Medizin aufzuteilen in „Organ-Medizin" und „Psycho-Medizin", bzw. Psychotherapie. Dabei soll der Arzt jeweils attestieren, daß kein Organbezug vorliegt, dann hat der sog. Psychotherapeut freie Hand, diese „rein psychischen Erkrankungen" zu „behandeln".
Eine solche Aufteilung ist absurd in den Augen der Vertreter der Germanischen Heilkunde, ein Unding, denn man kann hier überhaupt nicht trennen und aufteilen: Psyche, Gehirn und Organe sind nur 3 Ebenen des gleichen Organismus. Ihr Verlauf ist immer synchron!

Die Germanische Heilkunde ist eine empirische Naturwissenschaft. Sie basiert auf 5 empirisch gefundenen biologischen Gesetzmäßigkeiten, die auf jeden einzelnen Fall einer Erkrankung bei Mensch und Säugetier im streng naturwissenschaftlichen Sinne Anwendung finden können.

Sie bedarf keiner Dogmen[2] (z. B.: bösartige Krebszellen), keiner Hypothesen[3] oder sog. statistischen Wahrscheinlichkeiten. Sie ist in sich klar und logisch und für jeden normal intelligenten Menschen gut verständlich und nachvollziehbar, weil sie sich den naturwissenschaftlichen Gesetzen der kausalen[4] Logik verpflichtet fühlt.

Begriffe wie materialistisch, idealistisch oder metaphysisch sind hier primär fehl am Platze. Zwar gibt es viele Dinge in der Natur, die wir nicht verstehen und deshalb metaphysisch[5] nennen anstatt metagnoisch[6], in Wirklichkeit hatten und haben wir für die meisten vermeintlich metaphysischen Phänomene nur noch keinen Verständnisschlüssel. So waren Blitz und Donner viele Jahrtausende und noch bis vor kurzer Zeit „methaphysische Kräfte". Seit wir sie elektro-physikalisch verstehen können, ist für uns das Wunder des metagnoischen nicht etwa kleiner oder ärmer an Phänomenen geworden, die früher als göttlich angesehen wurden (Donnergott Donar), sondern Ausmaß und Menge der unverstehbaren oder noch nicht verständlichen Phänomene werden eher immer größer.

Wir Mediziner hatten uns immer gewünscht eine Wissenschaft zu haben, die nach naturwissenschaftlichen Methoden und Gesetzen funktioniert.
Streng genommen glaubten wir schon immer, uns doch überwiegend als Naturwissenschaftler fühlen zu dürfen.
Die Wirklichkeit sah anders aus.
Es gab zu viele Hypothesen (z. B. Metastasen, usw.), die wir glauben mußten.

---

1 „neu" bezieht sich nicht auf den Entdeckungszeitpunkt, denn diese ist bereits mehr als 38 Jahre alt und WIRD SIE NOCH IMMER UNTERDRÜCKT

2 Dogma = Glaubensatz; kirchl. Lehrsatz mit dem Anspruch unbedingter Gütigkeit; starre Lehrmeinung
3 Hypothese = unbewiesene (wissenschaftliche) Voraussetzung, Annahme
4 kausal = ursächlich zusammenhängend, auf Ursache und Wirkung beruhend, begründend
5 metaphysich = Lehre von den letzten, nicht erkennbaren Zusammenhängen des Seins, vom Übersinnlichen
6 metagnoisch = über unser Verständnis hinweg

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Es galt durchaus als legitim, sehr viele Hypothesen aneinander zu reihen und damit die gewagtesten Dinge zu „beweisen“. Aber es waren oft nur scheinbare Beweise, denn richtige biologische Gesetzmäßigkeiten, wie in den Naturwissenschaften, hatten wir ja nicht.

Wir hatten bis dato die Medizin weitgehend weltanschaulich-theologisch gesehen, als Kampf des Bösen mit dem Guten, des Krankmachenden mit dem Gesunderhaltenden. Wir sahen die sog. „Krankheiten“ als Pannen der Natur, als Insuffizienzen der Organe, auch als Strafe Gottes. Wir sprachen deshalb von „bösartigem Wachstum“ und „gutartigem Wachstum“.
Wir stellten uns vor, daß Krebszellen und Mikroben Armeen des Bösen oder des Bösartigen seien, die wir durch eine Armee des Gutartigen (z. B. Immunsystem) bekämpfen müßten, mit Hilfe guter Ärzte und vieler guter Medikamente, Operationen, Bestrahlungen etc. Wir glaubten sogar, wir müßten den Teufel mit dem Beelzebub austreiben oder exorzieren, den Krebs mit schlimmstem Zellgift bekämpfen (Chemo).
Die Medizin war einem Irrglauben aufgesessen, deshalb hatten wir früher nie ein System in der Medizin finden können.

Die Germanische Heilkunde gilt für Mensch, Tier und Pflanze, sogar für einzellige Lebewesen – für den gesamten Kosmos. Und sie gilt für alle sog. Krankheiten – (außer: Verletzungen, Vergiftungen und Mangelerkrankungen, z. B. Skorbut, durch Vitamin C-Mangel) – denn sie sind jeweils nur Teile eines normalerweise zweiphasigen Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms der Natur® (SBS®), und sie verlaufen alle nach diesen 5 Biologischen Naturgesetzen® der Germanischen Heilkunde.
Der Auslöser eines jeden SBS, früher Teile von „Erkrankungen“ genannt, ist immer ein Biologischer Konflikt, ein hochdramatisches Schock-Erlebnis – DHS genannt.

Zum ersten Mal in der Medizingeschichte gibt es eine naturwissenschaftliche Heilkunde, mit der man jeden beliebigen Patientenfall streng naturwissenschaftlich reproduzieren kann. Dies wurde am 8. und 9. September 1998 an der Universität Tyrnau / Trnava (Slowakei) demonstriert und amtlich verifiziert!

TRNAVSKÁ UNIVERZITA
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava

BESTÄHTIGUNG

Am 8.9. u. 9.9.1998 wurde am Onkologischem Institut Hl. Elisabeth in Bratislava und Onkologischen Abteilung des Krankenhauses in Trnava sieben Patientenfälle mit ingesamt mehr als 20 einzelnen Erkrankungen in Gegenwart des Prorektors der Universität Trnava, des Dekans der Fakultät für Pflegewesen und Sozialwesen der Universität Trnava und ingesamt 10 Dozenten und Professoren untersucht (ärztliche Protokolle von diesen Fällen, die durch Dr. Hamer gemacht wurden, sind in der Beilage). Es sollte festgestellt werden, ob nach naturwissenschaftlichen Regeln der Reproduzierbarkeitsprüfung die Verifikation seines Systems festgestellt werden konnte.

Dies war der Fall.

Von den jeweils etwa 100 Fakten, die man bei jeder Einzelerkrankung nach den Regeln der "Neuen Medizin" abfragen kann, konnten zwar in Ermangelung vollständiger Untersuchungsbefunde nicht alle Fakten abgefragt werden, aber die abgefragten Fakten zeigten, dass alle Naturgesetze der "Neue Medizin" erfüllt waren.

Die untergezeichneten nehmen deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit als gesichert an, dass seine Präsentation in zwei Überprüfungskonferenzen bewies sein System mit gröster Warscheinlichkeit. Wir schätzen sehr hoch das menschliche, ethische und geduldige Engagement Dr. Hamers und seinen neuen ganzheitlichen Zutritt zum Patienten. Nach Berücksichtigung aller dieser Faktoren, haben wir den Eindruck gewonnen, dass die Frage der möglichts baldigen Anwendung der "Neuen Medizin" dringend weiterverfolgt werden sollte.

Trnava 11.9.1998

prof.MUDr.J.Pogády,DrSc, Prof.f.Psychiatrie, Vors.der Kommission .....

prof.MUDr.V.Krčméry,DrSc, Dekan der Fakultät .....

doc.RNDr.J.Mikloško,DrSc, Prorektor f.Forschung .....

Telefön: 0805 / 277 38

Fax: 0805 / 214 83

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Im folgenden geht es um die Darlegung von 5 eisenharten biologischen Gesetzmäßigkeiten, die man an jedem nächstbesten Fall nach naturwissenschaftlichen Kriterien reproduzieren und verifizieren kann.

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Trnava, 11. September 1998

Erklärung

zur Bestätigung der Universität Trnava
über die erfolgte Verifikation der Neuen Medizin vom 11.09.98

Seit dem 11. September 1998 ist die am 8. und 9. September erfolgte Verifikation der Neuen Medizin amtlich von der Universität Trnava (Tyrnau) bestätigt.
Unterschrieben haben dieses Dokument der Prorektor (Mathematiker), der Dekan (Onkologe) und der Vorsitzende der wissenschaftl. Kommission, Professor für Psychiatrie.
Deshalb ist auch an der Kompetenz der Unterzeichneten wohl kein Zweifel möglich.

Die Universitäten in Westeuropa - vor allem die Universität Tübingen - haben sich seit 17 Jahren strikt geweigert, eine solche angebotene naturwissenschaftliche Überprüfung durchzuführen.

Obwohl in den vergangenen Jahren schon viele Ärzte die Verifikation dieser Naturgesetze der Neuen Medizin in 26 öffentlichen Überprüfungskonferenzen durchgeführt haben, bei denen auch stets alle Fälle exakt gestimmt haben, wurden diese Dokumente (sogar notariell beglaubigte) nicht anerkannt. Immer und überall wurde „argumentiert", solange diese Überprüfung nicht durch eine Universität amtlich durchgeführt sei, zähle sie nicht - und solange dies nicht geschehen sei, sei die Schulmedizin „anerkannt".

Die Neue Medizin, die aus 5 Biologischen Naturgesetzen - ohne zusätzliche Hypothesen - besteht und für Mensch, Tier und Pflanze gleichermaßen gilt, ist so klar und logisch kohärent, daß man sie leicht, wie man sieht, redlich und gewissenhaft schon immer am nächstbesten Fall hätte überprüfen können und natürlich überprüfen müssen, wenn man nur gewollt hätte.

Rufmord, Medienkampagnen und Medienhetze oder Berufsverbot sowie div. Attentatsversuche und angedrohte Zwangspsychiatriesierungen (*wegen Realitätsverlusts*), bis hin zur Inhaftierung *(wegen drei mal unentgeltlichen Informierens über die Neue Medizin / dafür habe ich über 1 Jahr im Gefängnis gesessen /*) ersetzen nicht wissenschaftliche Argumente, um einen wissenschaftlichen Gegner zu widerlegen. War nicht die Erkenntnisunterdrückung - wie man jetzt erkennen kann - nur Ausdruck blanker Gewalt, um Macht und Besitzstände der alten Medizin aufrecht zu erhalten?

Die Neue Medizin ist die Medizin der Zukunft.
Ihre weitere Verhinderung macht das Verbrechen an der Menschheit täglich noch größer!

In offiziellen Statistiken wie der des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg, ist immer wieder nachzulesen, daß von den schulmedizinisch mit Chemo behandelten Patienten nach 5 Jahren nur noch ganz wenige am Leben sind.

Die Staatsanwaltschaft Wiener Neustadt mußte demgegenüber zugeben, daß von den bei der Hausdurchsuchung des „Zentrums für Neue Medizin, in Burgau" beschlagnahmten 6.500 Patientenadressen (davon die meisten Patienten an fortgeschrittenem Krebs erkrankt) auch nach 4 bis 5 Jahren noch über 6000 am Leben waren (über 90 %).

Nun ist die Forderung (Überprüfung durch eine Universität) erfüllt. Jetzt haben die Patienten ein Recht darauf, daß das *grausigste und schlimmste Verbrechen der Menschheitsgeschichte* endlich beendet wird, und daß alle gleichermaßen die Chance erhalten, offiziell nach den 5 Biologischen Naturgesetzen der Neuen Medizin gesund zu werden.

Dazu rufe ich alle redlichen Menschen auf und bitte sie um Ihre Mithilfe.

Dr. Hamer.

Das 1. Biologische Naturgesetz

DIE EISERNE REGEL DES KREBS® (ERK)

1. Kriterium:

Jeder Krebs oder jedes Krebsäquivalent entsteht mit einem DHS® (Dirk Hamer Syndrom), d.h. einem allerschwersten, hochakut dramatischen und isolativen Konflikt-Erlebnisschock, gleichzeitig auf den drei Ebenen: Psyche – Gehirn – Organ.
Ein solches Ereignis trifft den Menschen wie ein Keulenschlag völlig unerwartet auf dem falschen Fuß.

Es sind hier nicht die Sorgen, Probleme und Nöte des Alltags gemeint. Auf diese normalen Kümmernisse des Lebens können wir uns einstellen bzw. vorbereiten.
Es geht hier um das Überraschungs-Moment eines dramatischen Erlebnisses. Man ist in seiner Persönlichkeit zutiefst betroffen und man steht im Moment vollkommen alleine da.
Man kann oder will sich die Sache nicht „von der Seele reden" (isolativ).
Der Verstand bzw. unsere Logik nützen uns in diesem Moment nichts.
Wir empfinden und fühlen einen Schock. Das genügt, und nur das alleine zählt.

Dieses Sportfoto veranschaulicht, wie ein Torwart „auf dem falschen Fuß erwischt" wird und konsterniert dem abgefälschten Ball nachschaut, den er im anderen Eck erwartet hatte.
Er kommt nicht mehr vom falschen Fuß weg.
Das ist die typische Situation beim DHS. Das Individuum wird „auf dem falschen Fuß erwischt."

Das DHS ist aber zugleich auch eine Chance der Natur, die Panne wieder wettzumachen. Denn in diesem Moment wird ein Sonderprogramm eingeschaltet, praktisch synchron: In der Psyche, im Gehirn und am Organ und ist auch dort feststellbar, sichtbar und meßbar! Die unvermutete Art des Einschlagens ist dabei von größerer Bedeutung als die „psychologische Inhaltsbewertung" des Konfliktes. Es ist auch immer ein konfliktives Erlebnis, nicht etwa ein Schicksalsschlag oder ein Ereignis, an dem der Betroffene ohnehin nichts hätte ändern können.
Noch im selben Moment dieses Erlebens startet ein bestimmtes Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm (SBS) und verändert synchron unsere Psyche, unser Gehirn und das entsprechende Organ, wobei der Konfliktinhalt bestimmt, welcher Gehirnteil und welches Organ betroffen sind.
Deshalb nennen wir einen solchen Konflikt, der synchron auf allen drei Ebenen unseres Organismus einschlägt – in der Psyche, im Gehirn und im Organ – einen **biologischen Konflikt**.

Exakt vom DHS an hat der Patient einen Dauerstreß, d.h., er hat ganz kalte Hände und Füße, er denkt Tag und Nacht über seinen Konflikt nach und versucht ihn zu lösen. Er kann nachts nicht mehr schlafen und wenn, dann nur in der ersten Hälfte der Nacht, halbstundenweise, er hat keinen Appetit mehr, er nimmt an Gewicht ab. Er denkt tagsüber an seinen Konflikt – und träumt nachts davon. Und trotzdem liegt ja der Biologische Sinn (außer in der mesodermalen Großhirngruppe) stets in der ca-Phase!
Ohne das SBS, das mit dem DHS eingeschaltet wird, könnten wir unsere Biologischen Konflikte nicht lösen.

2. Kriterium:

Der biologische Konflikt bestimmt im Moment des DHS sowohl die Lokalisation des SBS im Gehirn als HAMERscher HERD, als auch die Lokalisation am Organ als Krebs[1] oder Krebsäquivalent (alles, was nicht Krebs ist, ist Krebsäquivalent – damit sind alle sogenannten Krankheiten gemeint).

Es gibt keinen Konflikt an sich, sondern jeder Konflikt hat einen ganz bestimmten Inhalt und dieser definiert sich in der Sekunde des DHS.
Der Konfliktinhalt ergibt sich assoziativ, d.h. durch unwillkürliche Gedankenzuordnung und meist am Filter unseres Verstandes vorbei. Man denkt, daß man denkt, in Wirklichkeit hat der Konflikt in Sekundenschnelle schon eingeschlagen, bevor man anfängt zu denken. Dieser unerwartete Schock hin-

1 Dr. Hamer spricht von Krebs nur im Falle einer Zellvermehrung der Althirn gesteuerten Organteile (in der ca-Phase eines Althirn-SBS).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

terläßt im Gehirn Spuren, die man mit Hilfe der Computertomographie (CT) des Gehirns fotografieren kann.
Ein solches Relais nennt man Hamerschen Herd (HH).
Diese HHe sehen wie konzentrische Ringe einer Schießscheibe aus oder wie das Bild einer Wasseroberfläche, in die man einen Stein hat plumpsen lassen.

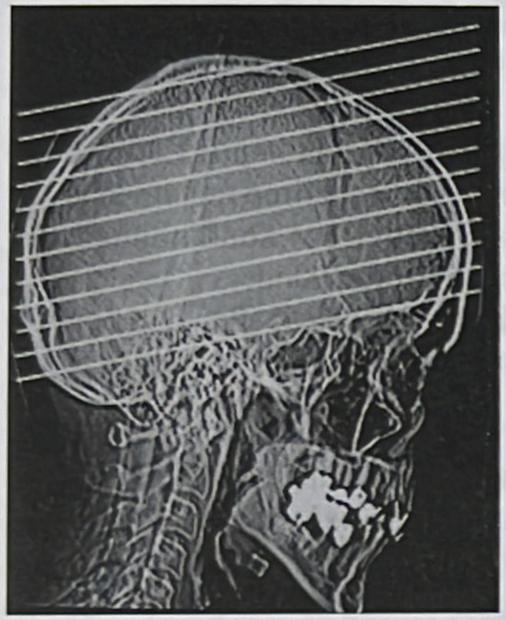


Bild links: Das Computertomogramm (CT) = Röntgenschicht-Verfahren:
Es liefert Röntgenaufnahmen des Gehirns auf mehreren parallelen Ebenen.
Das Standard-Gehirn-CT liefert 20 bis 30 fotografische „Schnitte" durch das Gehirn.

Bild rechts: CT mit HH in beginnender Lösungsphase.
*Das heißt also, zu jedem Konfliktinhalt gehört ein ganz bestimmtes SBS und eine ganz bestimmte Stelle im Gehirn. Aber das Faszinierende an der Germanischen Heilkunde ist, daß wir nicht nur die Art des Biologischen Konfliktes bzw. den Konfliktinhalt aus dem CT des Gehirns sofort festlegen können – oder welches Organ betroffen ist, und ob eine Zellvermehrung oder Zellverminderung stattfindet, sondern auch gleichsam kriminalistisch herausfinden können, ob die Konflikte in der konfliktaktiven Phase (ca-Phase) oder bereits in der Lösungsphase (pcl-Phase = **p**ost-**c**onflicto-**l**ytische Phase) sind.*
Im obigen Fall handelt es sich um einen übergreifenden HH, das Marklager betreffend (Selbstwerteinbruch-Konflikt) und das postsensorische Rindenfeld (was wir Rheuma nennen).

An welchem Organ ein SBS startet, wird von der Art des Empfindens **(= Konfliktinhalt!)** während des Konfliktschocks (DHS) bestimmt.

Ein Beispiel: Eine Frau ertappt ihren Mann auf frischer Tat mit einer anderen Frau im Bett. Sie kann das unterschiedlich empfinden:
- Sie erleidet entweder einen sexuellen Frustrationskonflikt („Warum hat er mit ihr Sex und nicht mit mir?") – betreffendes Organ: Gebärmutterhals
- oder einen zentralen Selbstwerteinbruch-Konflikt („Mit dieser jungen Frau kann ich nicht mithalten!") – betreffendes Organ: Lendenwirbelsäule oder Beckenknochen, Symphyse (= Symphysis pubica)
- oder einen sexuellen Selbstwerteinbruch („Ich tauge nichts mehr im Bett.") – betreffendes Organ: Schambein, Symphyse, evtl. Steißbein
- oder einen Angst-Ekel-Konflikt (wenn es z.B. eine Prostituierte ist: „Warum bringt er die Hure in unser Ehebett?"), der sich organisch als Unterzuckerung mit vermehrter Aktivität der α-Inselzellen des Pankreas bemerkbar macht = Vermehrung des Insulins
- oder einen Reviermarkierung-Konflikt („Wo ist jetzt mein Platz?"), der in der Heilung zur Blasenentzündung führt
- oder sie liebt ihren Mann ohnehin nicht mehr, hat selbst einen Freund ... – kein DHS – kein SBS!

Jedes einzelne dieser SBS ist situationsabhängig und erfüllt immer einen ganz bestimmten biologischen Sinn!

3. Kriterium:

Der Verlauf des SBS auf allen drei Ebenen (Psyche, Gehirn, Organ) – vom DHS bis zur Konfliktlösung (Conflictolyse = CL) und epileptischer/epileptoider Krise (Epi-Krise) auf dem Höhepunkt der pcl-Phase und Rückkehr zur Normalisierung (Normotonie) – ist synchron!

Das heißt: Wird der Konflikt stärker, werden auch die Auswirkungen am Organ stärker. Schwächt sich der Konflikt ab, schwächt sich das auch auf den anderen Ebenen ab. Löst sich der Konflikt, dann ist auch auf allen drei Ebenen Konfliktlösung. Kommt ein Rezidiv, d. h., kommt der Konflikt zurück, ist wieder auf allen drei Ebenen ein Rezidiv.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Die Schienen

Wenn ein Individuum einen biologischen Konflikt durch ein DHS erleidet, wird im Moment des DHS nicht nur der Konflikt selbst eingeprägt, sondern auch gewisse Begleitumstände. Das Individuum merkt kleinste Einzelheiten im Moment des DHS. Dies können Menschen, Tiere, Orte oder bestimmte Farben, Geräusche oder Gerüche sein, und es behält diese Aufzeichnungen praktisch lebenslang. Kommt ihm später einer dieser Begleitumstände wieder vor, kann der ganze Konflikt als sog. Rezidiv wiederkehren.
Das bedeutet, außer der eigentlichen DHS-Schiene gibt es sogenannte Nebenschienen, also Begleitumstände oder Begleitmomente wesentlicher Art, die zum Zeitpunkt des DHS dem Individuum in Erinnerung bleiben. Wichtig ist zu wissen, daß man von einem solchen Nebenschienenstrang immer auf die Haupt-Schiene auffahren kann. Daher der Name Schiene.
Wir heutigen, durch die Zivilisation verbildeten Menschen, empfinden dieses „Schienen-Denken" geradezu als „krankhaft". Wir sprechen dann von Allergie, die es zu bekämpfen gelte.
Die Schienen in der Germanischen Heilkunde bedeuten, daß ein Patient, egal ob Mensch oder Tier, der einmal einen biologischen Konflikt erlitt, leicht wieder auf eine Schiene gerät, wenn es zu einem Rezidiv kommt. Das Rezidiv kann dabei aus nur einer Komponente des Konfliktes bestehen. Schon das genügt, um das volle Konfliktrezidiv auszulösen. Solche Konfliktrezidive verlaufen an unserem Verstehen vorbei. Wir können sie nur intuitiv erfassen und vermeiden.

Zugegeben, es ist nicht leicht, das zu vermitteln. Bei Patienten, welche die Germanische Heilkunde nicht begreifen wollen oder können, ist es mitunter vergebliche Liebesmühe. Wir müssen daher eine ganz neue Dimension des Denkens kennenlernen, eine Art des intuitiven, biologischen, assoziativen Erfassens.
In der Biologie herrschen Gesetze, die wir, seit wir uns angewöhnten, „psychologisch" zu denken, nicht mehr verstehen, jedoch, wenn wir wieder lernen, biologisch, d. h. assoziativ zu denken, gut begreifen können.
Zu dieser biologischen Art zu denken, gehört das Verständnis der Konfliktschienen.
Die biologischen Konflikte holen uns in die rauhe Wirklichkeit zurück, besonders deutlich kann man das bei den Tieren sehen.
Für uns Menschen geht es, biologisch gesehen, dabei eigentlich stets um Leben oder Tod!

Ein Beispiel: Jemand sagt zu einem Menschen im Verlauf einer Auseinandersetzung: „Du dreckiger Lump."
Die beschimpfte Person empfindet das eventuell als einen häßlichen unverdaulichen Konflikt und reagiert mit einem Sigma-Ca.

Mögliche Schienen können sein:

1. die Person, die das gesagt hat
2. die Art und Weise, wie es gesagt wurde
3. der Ort, an dem es gesagt wurde
4. das schmerzliche eigene Eingeständnis, daß der „Ankläger" ja damit recht gehabt hat
5. auch die bei dem Streit anwesenden Personen können Schienen sein
6. oder wenn es in einem Restaurant, einer Firma oder Cafeteria geschehen ist, können die gerade verzehrten Speisen Schienen sein, dann heißt es später: „Ich bin allergisch auf ..."
7. sogar eine eventuelle Hintergrundmusik kann Schiene sein
8. ebenfalls Besonderheiten des Raumes (z. B. Geruch, Beleuchtung, etc.) können solche Schienen sein, also alles, woran sich der Patient (eventuell sogar unbewußt) erinnert, bzw. was im Moment des DHS Sache war

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das 2. Biologische Naturgesetz

Das Gesetz von der Zweiphasigkeit aller Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der Natur® (SBS®), sofern es zur Konfliktlösung (Conflikto-Lyse = CL) kommt

Dieses Naturgesetz stellt unser gesammtes bisheriges vermeintliches Wissen gründlich auf den Kopf.
Alle Erkrankungen der gesamten Medizin[1] verlaufen in dieser Zweiphasigkeit. Früher haben wir in Unkenntnis dieser Zusammenhänge grob geschätzt, 1000 „Krankheiten" gesehen: 500 davon waren kalte „Krankheiten", bei denen der Patient enggestellte Hauptgefäße hatte, blass war, Gewicht abgenommen hatte. Die anderen waren 500 heiße „Erkrankungen", mit Fieber, weitgestellten Gefäßen, gutem Appetit, aber großer Müdigkeit. Alle „Krankheiten", die wir überhaupt kennen, verlaufen fakultativ in dieser Art, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt. Wenn wir zurückblicken, dann hatte man in der bisherigen Medizin nicht einmal eine einzige vermeintliche „Krankheit" richtig erkannt. Bei den sog. kalten Krankheiten hatte man die nachfolgende Heilungsphase übersehen oder als eigene „Krankheit" (z.B. „Grippe") fehlgedeutet. Bei den sog. heißen Krankheiten, die ja stets die 2. Phase, nämlich die Heilungsphase nach vorangegangener konfliktaktiver Phase darstellte, hatte man diese voraufgegangene kalte Phase übersehen oder auch als eigene andere „Krankheit" fehlgedeutet. Jetzt wissen wir, daß das alles nicht gestimmt hat. Es waren jeweils nur „halbe Krankheiten" gewesen und folgerichtig kennen wir jetzt nur noch grob gesehen 500 „Doppel-Krankheiten", die zweiphasig sind und die wir zusammen Sinnvolle Biologische Sonderprogramme (SBS) nennen.

Man könnte sich vielleicht fragen, warum die Mediziner diese Gesetzmäßigkeit der Zweiphasigkeit aller sog. Erkrankungen nicht schon lange erkannt hatten, wenn diese doch so schön regelmäßig ist. Die Antwort ist so einfach, wie sie vorher schwer war: es lag schlicht daran, daß ja nur ein Teil der Konflikte eine Lösung findet. Wenn der Konflikt nicht gelöst werden kann, bleibt die Erkrankung einphasig, d.h. das Individuum bleibt in der Konfliktaktivität, magert immer mehr ab und kann schließlich an Entkräftung oder Kachexie sterben. Deshalb ist es besser, wenn wir uns zumindest mit dem Konflikt arrangieren, d.h., er ist zwar noch aktiv, wir können aber damit leben (= der heruntertransformierte Konflikt).

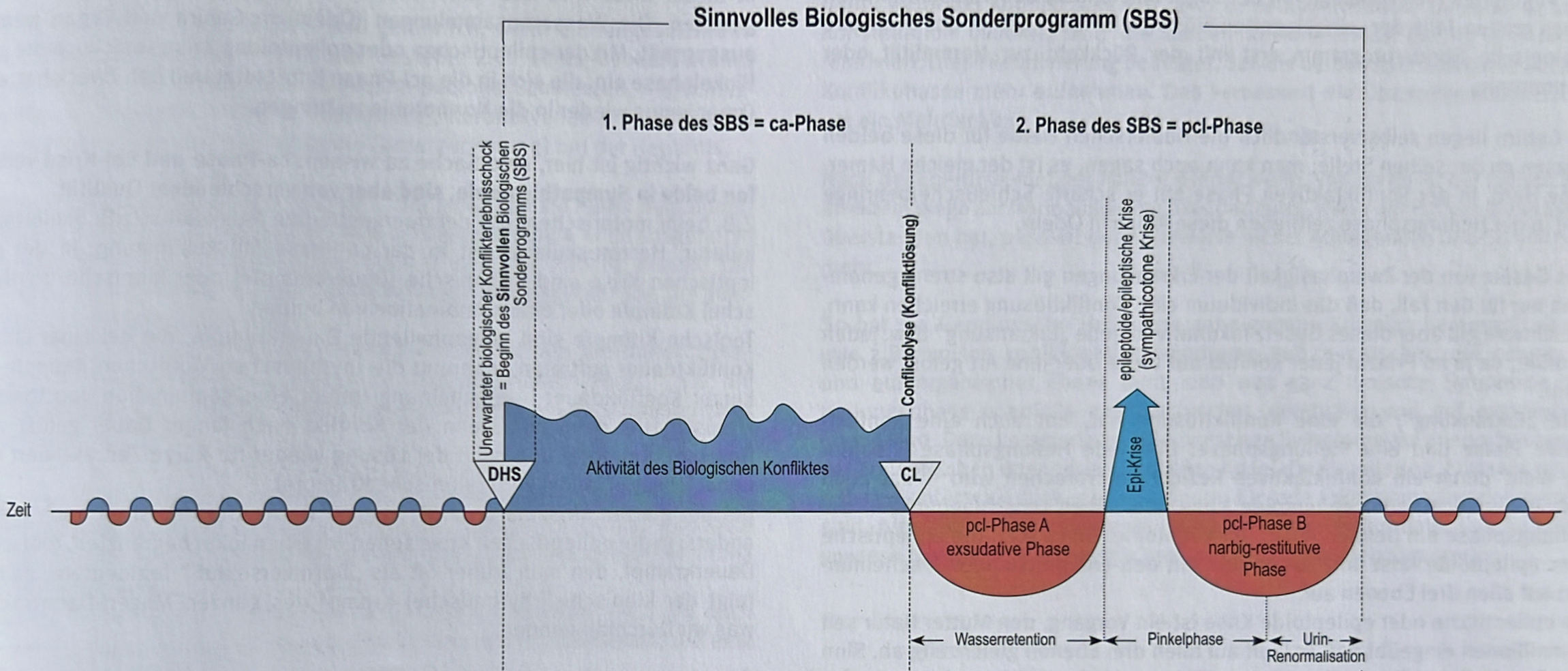
In der Schulmedizin kennen wir das unwillkürliche Nervensystem mit den beiden Gegenspielern, dem Aktivität-„Nerv" = Sympathikus (Sympathikotonie) und dem Ruhe-„Nerv" = Vagus (Vagotonie).
Der Sympathikus regelt die Körperfunktionen während der Wachzeit (Arbeit, Sport, Streß). Der Vagus übernimmt das Kommando während der Ruhe, Entspannung und Erholung.
Im normalen sympath./vagotonen Tag/Nacht-Rhythmus (Normotonie) wechseln sich beide Anteile gleichmäßig ab, vergleichbar mit dem Pendel einer Wanduhr. Das wäre der Idealzustand, in dem wir uns gut und gesund fühlen.

Das Schema zeigt, wie durch das DHS der normale Tag-Nacht-Rythmus zu einer Dauersympathicotonie geworden ist.
In dem Moment des DHS wird ein Sonderprogramm eingeschaltet, praktisch synchron in der Psyche, im Gehirn und am Organ.
Jeder von uns kann das bei einem DHS bei sich selbst beobachten: Es passiert ein Unglück – extreme Aufregung (DHS) – und wir sind automatisch auf Dauerstreß „umschaltet": Augenblicklich bekommen wir kalte Hände, spüren keinen Hunger mehr, das Herz schlägt schnell, die Atmung ist beschleunigt, und unsere Gedanken kreisen nur um das Konfliktproblem. In dieser konfliktaktiven Phase (Dauersympathicotonie = ca-Phase) die gerade begonnen hat, nehmen wir an Gewicht ab, haben wir Einschlaf- und Durchschlafstörungen und Tag und Nacht denken wir an unser Konflikt-Problem. Das hält so lange an, bis durch die Konfliktlösung die Dauervagotonie eintritt.
Die 2. Phase des SBS ist stets die heiße, konfliktgelöste, vagotone Heilungsphase: Wir haben warme oder heiße Extremitäten, meist Fieber, guten Appetit, eventuell Kopfweh, sind schlapp und müde. Diese machten etwa 90 % unserer sogenannten „Krankheiten" aus.

---

1 Die Germanische Heilkunde gilt für Mensch, Tier und Pflanze, sogar für einzellige Lebewesen – für den gesamten Kosmos. Und sie gilt für alle sog. Krankheiten – (außer: Verletzungen, Vergiftungen und Mangelerkrankungen, z. B. Skorbut, durch Vitamin C-Mangel ausgelöst)

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



Eutonie = Normotonie
= normaler sympath./vagotoner Tag/Nacht-Rhythmus

ca-Phase = conflikt-aktive Sonderprogramm-Phase
= **Dauer-Sympathicotonie**

pcl-Phase = post-conflicto-Lyse Sonderprogramm-Phase
Dauer-Vagotonie (außer Epi-Krise = sympath. Krise) **und Ödem**
konfliktgelöste Sonderprogramm-Phase
Restitutive Renormalisation-Phase

Eutonie

Integral = Fläche unter der ca-Phasen-Kurve (Dauer mal Intensität des Konfliktes) +
Integral = Fläche unter der Epi-Krisen-Kurve (beide blau)
} = Konflikt-Masse

Summe der Integrale über den beiden pcl-Kurven (rot). Diese Summe nennen wir die Lösungs-Masse, die eine große Rolle spielt bei der Abschätzung der Komplikationsmöglichkeiten eines SBS in der pcl-Phase.

Die Summe der Integrale unter der ca-Phasen-Kurve einschließlich des Integrals unter der Epi-Krisen-Kurve, also die Konfliktmasse, ist stets gleich der Lösungsmasse, d. h. die beiden blauen Flächen sind zusammen gleich mit den beiden roten Flächen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Unterbrochen wird diese Dauervagotonie – quasi auf dem Tiefpunkt – durch die **epileptische/epileptoide Krise** oder sympathicotone Zacke, die den Umschlag der vagotonen Phase anzeigt mit der sog. Pinkelphase, dem Ausschwemmen eines großen Teils der eingelagerten Flüssigkeit. Beendet ist das Sinnvolle Biologische Sonderprogramm erst mit der Rückkehr zur Normalität oder Normotonie.

Im Gehirn liegen selbstverständlich die Hamerschen Herde für diese beiden Phasen an der selben Stelle; man kann auch sagen, es ist der gleiche Hamersche Herd. In der konfliktaktiven Phase hat er scharfe Schießscheibenringe und in der Heilungsphase zerfließen diese Ringe in Ödem.

Das Gesetz von der Zweiphasigkeit der Erkrankungen gilt also streng genommen nur für den Fall, daß das Individuum eine Konfliktlösung erreichen kann. Gleichwohl gilt aber dieses Gesetz fakultativ für jede „Erkrankung" bzw. jeden Konflikt, da ja im Prinzip jeder Konflikt auf diese oder jene Art gelöst werden kann.
Jede „Erkrankung", die eine Konfliktlösung hat, hat auch eine konfliktaktive Phase und eine Heilungsphase. Und jede Heilungsphase – sofern sie nicht durch ein konfliktaktives Rezidiv unterbrochen wird – hat auch eine epileptische oder epileptoide Krise, d.h. einen Umschlagpunkt in der Heilungsphase am tiefsten Punkt der Vagotonie. Denn auch die epileptische oder epileptoide Krise tritt zusammen mit den entsprechenden Erscheinungen auf allen drei Ebenen auf.
Die epileptische oder epileptoide Krise ist ein Vorgang, den Mutter Natur seit Jahrmillionen eingeübt hat. Er läuft auf allen drei Ebenen gleichzeitg ab. Sinn und Zweck dieser Krise, die auf dem Höhepunkt der Heilungsphase eintritt, ist: zur Normalität zurückzukehren.
Im Fall eines motorischen Konflikts ist die glatte oder quergestreifte Muskulatur betroffen und wir sprechen von einer epileptischen Krise. Beim Rest der SBSe sprechen wir von einer epileptoiden Krise (= Epilepsie-ähnliche Krise) oder den sog. Kalten Tagen.
Wenn wir nur den Zeitpunkt in der Mitte der pcl-Phase bezeichnen wollen, sprechen wir kurz nur von Epi-Krise.

Mutter Natur hat sich für diesen bedeutsamen Vorgang quasi einen Trick einfallen lassen. Der Patient erlebt nämlich mitten in der Heilungsphase nochmals ein physiologisches Konfliktrezidiv; d.h. jedem Patienten tritt noch mal kurzfristig sein Konflikt vor Augen, was zur Folge hat, daß er ganz kurz in die sympathicotone Streßphase hineingerät, kalte Hände bekommt, zentralisiert ist, mit kaltem Schweiß; und alle Symptome der Konfliktaktivität für eine kurze Zeit wieder erlebt; d.h. in dieser Krise erlebt der Patient noch einmal seinen gesamten Konfliktverlauf im Zeitraffer. Diese kurze Phase des Umschlagpunktes oder des Beginns der Gegenregulation nennen wir Epi-Krise. In dieser Krise wird das Ruder wieder in Richtung Normalzustand herumgerissen. Die Wasseransammlungen (Ödem) in Gehirn und Organ werden ausgepreßt. Mit der epileptischen oder epileptoiden Krise setzt auch die sog. Pinkelphase ein, die sich in die pcl-Phase B fortsetzt und den Zweck hat, den Organismus wieder in die Normotonie zu bringen.

Ganz wichtig ist hier, eine Sache zu wissen: **ca-Phase und Epi-Krise verlaufen beide in Sympathicotonie, sind aber von verschiedener Qualität.**
Z.B. beim motorischen SBS der quergestreiften Muskulatur (z.B. Skelettmuskulatur, Herzmuskulatur) ist in der ca-Phase Muskellähmung. In der epileptischen Krise sind es tonische (Dauerkrämpfe) oder klonische (rhythmische) Krämpfe oder eine Kombination von beiden.
Tonische Krämpfe sind langanhaltende Dauerkrämpfe, die bei einer langen Konfliktdauer auftreten, während die rhythmischen klonischen Krämpfe bei kurzer Konfliktdauer in Erscheinung treten. Eine Kombination von tonisch-klonisch tritt dann auf, wenn der Konflikt nach langer Dauer gelöst wird (tonische Krämpfe) und nach der Lösung wieder für kurze Zeit aktiviert und danach wieder gelöst wird (klonische Krämpfe).
Bei der glatten Muskulatur (z. B. Magen, Darm, Uterus) ist es noch wieder anders: In der epileptischen Krise sehen wir einen lokal begrenzten, tonischen Dauerkrampf, den man früher oft als „Darmverschluß" fehldeutete, danach folgt der klonische (rhythmische) Krampf des ganzen Magen-Darmtraktes, was wir Durchfall nennen.

Das, was wir normalerweise einen epileptischen Krampfanfall mit Muskelkrämpfen nennen, ist nur eine spezielle Form der epileptischen Krise, nämlich nach Lösung eines motorischen Konfliktes.
Epileptoide Krisen oder kalte Tage findet man grundsätzlich für jede sog. Krankheit (besser: SBS), bei jeder ein bißchen verschieden. Nicht immer kommt es zu tonisch-klonischen Krampfanfällen wie bei den motorischen Konflikten, sondern jede biologische Konfliktart und Erkrankungsart hat ihre ganz spezifische Art der epileptoiden Krise mit verschiedenen symptomatischen Verläufen, und je nach Organbetroffenheit (z.B. gesteuert vom sensorischen oder postsensorischen Rindenfeld), kann auch eine Absence[2] mitlaufen (nach einem Trennungskonflikt). War schon die Lösungsphase im

2 Eine Absence kann eine ganz kurze Bewußtseinstrübung von 1 oder 2 Sekunden sein, kann aber auch Minuten, Stunden oder sogar Tage andauern, sogar 1 Woche – abhängig von der vorangegangenen Konfliktmasse. Die Absence erkennt man klinisch unschwer daran, daß alle vitalen Funktionen (Atmung, Kreislauf etc.) intakt bleiben, nur das Bewußtsein fehlt. An sich könnte man zuwarten, wenn der Patient nicht unterzuckert.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

allgemeinen bei einer Reihe von sog. Erkrankungen nicht ganz ungefährlich, kann sie hier sogar, wenn man nicht aufpaßt, tödlich enden.

Einige wenige epileptische Krisen sind gefährlich, wenn ein langer Konfliktverlauf bestand und wenn Syndrom besteht. Z.B. Links-Myokardinfarkt, Koronararterien-Herzinfarkt (starke Angina-pectoris Schmerzen = Schmerzattacke der koronaren Plattenepithel-Intima), Koronarvenen-Herzinfarkt mit Lungenembolie oder die Hypoglykämie (Unterzuckerung) bei der Hepatitis.

Die Epi-Krise ist die Stunde der Wahrheit! Der gefährlichste Punkt liegt unmittelbar am Ende der Krise, da zeigt es sich, ob die epileptoide Krise ausgereicht hat, das Steuer herumzureißen. Aber immer darf der Patient wissen: Die meisten Epi-Krisen stellen für den Patienten keine Lebensgefahr dar. Die allermeisten schaffen es zu überleben.
Die alten Landärzte kannten diese kritische Phase genau! Sie sagten dann: „... wenn er die nächsten Tage übersteht, dann ist er übern Berg...“, z.B. die sogenannte Lyse bei der Pneumonie. Leider wissen unsere Schulmediziner kaum etwas davon.

Eine Kombination von epileptischen und epileptoiden Krise ist z.B. der Koronararterien-Herzinfarkt. Hier sehen wir gleichzeitig die epileptische Krise der Koronar-Muskulatur und die epileptoide Krise der Plattenepithel-Intima der Koronararterien.
Die gleiche Kombination aus epileptischer und epileptoider Krise gilt auch für die Muskulatur und die Plattenepithel-Intima der Koronarvenen, die eine Lungenembolie machen.
Dabei werden die Heilplaques[3] durch die klonischen Spasmen der quergestreiften Venenmuskulatur abgelöst und in die Lunge geschwemmt.
Mit Syndrom ist auch die epileptoide Krise der Bronchial-Ulcera gefährlich, die wir früher Pneumonie-Krise nannten.

Die Schulmedizin konnte nicht erklären, warum Herzinfarkte praktisch immer in Ruhe und Entspannung passieren! Wenn „verstopfte Herzkranzgefäße“ schuld wären, wie die Schulmedizin behauptet, müßten sie bei körperlicher Anstrengung (Arbeit, Sport) auftreten. Tatsächlich ist der koronare sogenannte Herzinfarkt die Heilungskrise eines Revier-Verlust-Konfliktes (z.B. nicht gewollte Pensionierung, Kündigung, Partner läuft weg...), der nur dann tödlich endet, wenn der Konflikt länger als 9 Monate aktiv war, und auch nur dann, wenn der Konflikt solo war, also keine Konstellation[4] bestand. Sobald Konstellation besteht, sind die beiden Revierkonflikte (rechts und links) relativiert. Diese Relativierung bedeutet, daß die beiden Konflikte keine weitere Konfliktmasse mehr aufnehmen. Das verbessert die Überlebensmöglichkeit um ein Mehrfaches.

Nach der Epi-Krise wird der Patient wieder warm. Von da ab ist der Patient auf direktem Wege zur Normalisierung. Das bedeutet, wenn der Patient diese Krise überstanden hat, passiert normalerweise nichts Aufregendes und Schlimmes mehr.

So hat die Germanische Heilkunde ganz genaue Kriterien herausgefunden: was z.B. typisch konfliktaktive Symptome auf psychischer, auf cerebraler und auf organischer Ebene sind, und was ganz typische Symptome der Heilungsphase ebenfalls auf psychischer, cerebraler und auf organischer Ebene sind. Dazu kommen noch die typischen Symptome auf allen 3 Ebenen in der epileptischen oder der epileptoiden Krise, die für jede sog. Erkrankung ein bißchen unterschiedlich, aber wiederum für jede Erkrankung speziell typisch sind, hinsichtlich der cerebralen und organischen Symptome, und natürlich sowieso typisch für die psychischen und die vegetativen Symptome.

---

3 Die Heilplaques sind die bei der Wiederauffüllung der Plattenepithel-Ulcera der Coronar-Arterien und -Venen enstehenden, noch nicht festgewachsenen Plattenepithel-Fragmente, die durch den epileptischen Krampf in der epileptischen Krise herausgerissen werden. Bei den Coronararterien schwimmen diese Heilplaques peripherwärts und richten keinen größeren Schaden an. Bei den Coronarvenen aber werden sie in die Lungenarterien geschwemmt und machen die sogenannte Lungenembolie.

4 Zum Thema Konstellationen finden Sie mehr in der weiteren Literatur von Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Biologische Händigkeit

Die Links- oder Rechtshändigkeit ist bei jedem von uns (schon vor der Geburt) im Gehirn festgelegt und bleibt das ganze Leben lang gleich.

Der Klatschtest:
Klatschen Sie in die Hände und achten Sie darauf, welche Hand führt.
Das ist diejenige Hand, die **oben auf liegt** bzw. aktiv klatscht.

Rechte Hand oben: biologischer Rechtshänder

Linke Hand oben: biologischer Linkshänder

Möglich, daß Sie Linkshänder sind, obwohl Sie bisher dachten, Sie seien Rechtshänder, denn viele Menschen wurden als Kind umtrainiert.
Jeder kann das bei sich selbst feststellen. Klatscht man wie im Theater Beifall, dann ist die obenliegende Hand die führende, d. h., sie bestimmt die Händigkeit. Liegt die rechte Hand oben, dann ist man rechtshändig; umgekehrt, wenn die linke Hand oben liegt, ist man vom Gehirn her linkshändig.

Der Klatschtest ist sehr wichtig, um herauszufinden, auf welcher Hirnhemisphäre ein Mensch arbeitet, denn es gibt sehr viele umtrainierte Linkshänder, die sich selbst für Rechtshänder halten. Jedoch erinnern sie sich meist, daß sie gewisse wichtige Dinge, die Rechtshänder immer mit der rechten Hand tun können, nur mit der linken machen können. Viele sind z. B. zum Schreiben auf die rechte Hand trainiert worden und meinen deshalb, sie seien Rechtshänder.

Noch sicherer als der Klatschtest ist der Baby-Tragetest: Dabei stellt sich die Patientin oder der Patient vor, auf welchem Arm sie/er ihr/sein Baby tragen würde. Wenn ein Baby real vorhanden ist, kann man es direkt probieren.
Die Rechtshänder (Frau oder Mann) tragen ihr Baby auf dem linken Arm. Die Linkshänder machen es umgekehrt.
Es gibt noch mehr Methoden, die Rechts- und Linkshändigkeit festzustellen, die aber weniger sicher sind: Äugigkeit (zielt mit dem rechten oder linken Auge), Füßigkeit (Rechtsfüßer oder Linksfüßer), etc.

Vereinfacht gesagt, ist die rechte Kleinhirn- und Großhirnhälfte überwiegend für die linke Körperseite – und umgekehrt, die linke Kleinhirn- und Großhirnhälfte für die rechte Körperseite zuständig.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Die Links- und Rechtshändigkeit beginnt im Gehirn, genauer gesagt, mit dem Kleinhirn, denn vom Kleinhirn ab ist alles seitenmäßig definiert. Während die Links- und Rechtshändigkeit im Stammhirn praktisch noch keine Rolle spielt.
Vom Organ zum Gehirn oder vom Gehirn zum Organ ist die Korrelation (Wechselbeziehung) immer eindeutig. Lediglich bei der Korrelation zwischen Psyche und Gehirn oder Gehirn und Psyche ist die Links- und Rechtshändigkeit von Wichtigkeit, weil sie über den Konflikt/Gehirnweg entscheidet. Somit auch darüber, welche „Krankheit" die Patienten überhaupt bei welchem Konflikt erleiden können.

Die Feststellung der Händigkeit ist in der Germanischen Heilkunde eine der wichtigsten Dinge, denn daraus folgt eine einfache Regel:
Für Rechtshänder, ob Frau oder Mann, gilt: Die linke Körperhälfte ist die Mutter/Kind-Seite (eigene Mutter, eigene Kinder oder Menschen und Tiere, für die man so empfindet), die rechte Körperhälfte ist die Partner-Seite (Geschäftspartner, Ehe- oder Lebenspartner(in), Vater, Kollegen, Freunde, Feinde, Verwandte...).
Bei Linkshändern, gleich welchen Geschlechts, ist es genau umgekehrt.
Macht z. B. das linke Knie eines Rechtshänders Probleme, so hatte der Konflikt mit Mutter oder Kindern zu tun.
Bei den Knien geht es um den Sportlichkeits-Selbstwerteinbruch. In diesem Fall in bezug auf Mutter oder Kinder. Die schmerzende linke Schulter einer Linkshänderin deutet auf einen überstandenen Selbstwerteinbruch-Konflikt in bezug auf einen Partner (irgendjemand außer Mutter oder Kindern) hin.
Z.B. das Schuldgefühl: „ ... was für eine schlechte Partnerin bin ich!"

Beispiele: Eine rechtshändige Frau erleidet bei einem Identitätskonflikt („ich weiß nicht, wo ich hingehöre, ich weiß nicht, wie ich mich entscheiden oder was ich tun soll") ein Rectum-Ulcus, eine linkshändige Frau dagegen, bei dem gleichen Konflikt, ein Magen- oder Gallengangs-Ulcus.
Ein rechtshändiger Mann bekommt z. B. bei einem Revierärger-Konflikt ein Gallengang-Ulcus oder Magen-Ulcus, der linkshändige Mann dagegen, bei dem gleichen Konflikt ein Rectum-Ulcus.
Der linkshändige Mann erleidet bei einem Revierangst-Konflikt ein Kehlkopf-Ulcus, der rechtshändige Mann ein Bronchial-Ulcus (schulmedizinisch Bronchialkarzinom).
Bei einer rechtshändigen Frau z.B. ist die linke Brust für das Kind, die eigene Mutter und das Nest zuständig, und die rechte Brust für den oder die Partner, wozu alle übrigen Menschen (Freunde, Nachbarn, Schwager, Schwiegermutter etc.), außer die als Kinder empfundene Menschen und Tiere gehören. Bei der Linkshänderin ist das genau umgekehrt.

Die Linkshändigkeit zeigt uns auch in ganz besonderer Weise, daß die Biologischen Konflikte nichts primär mit Freud und herkömmlicher Psychologie zu tun haben, sondern wirklich biologisch determiniert (bestimmt) sind. Denn daß eine linkshändige junge Frau von einem sexuellen Konflikt die organischen Symptome eines männlichen Revierkonfliktes (Angina pectoris) und dadurch bedingt im psychischen Bereich eine Depression erleidet, würde ja „rein psychologisch" gar keinen Sinn machen.
Die Linkshänderin verliert auch niemals ihre Eierstockfunktion. Sie hat (auch nach einem sexuellen Konflikt) ihren Eisprung und ihre Periodenblutung, während eine Rechtshänderin dann keinen Eisprung mehr hat.
Interessant ist in dem Zusammenhang auch, daß bei eineiigen Zwillingen stets einer linkshändig und der andere rechtshändig ist.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das 3. Biologische Naturgesetz

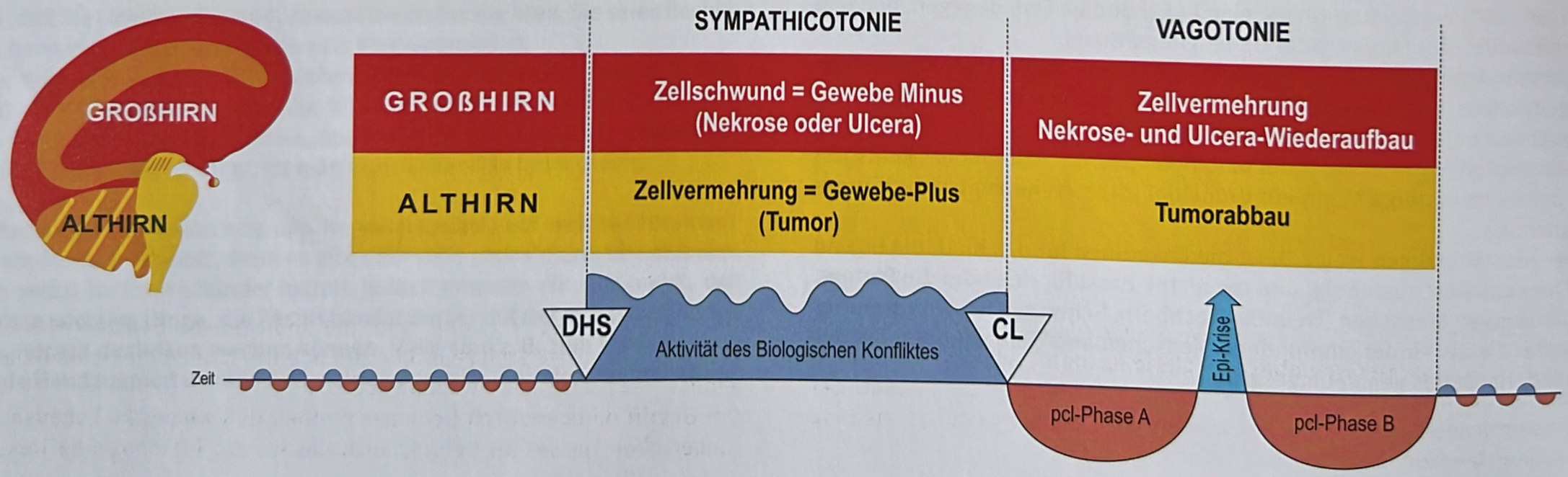
Das ontogenetische System der Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme® (SBS®) der Natur. Der sog. Kompaß der Germanischen Heilkunde®

Bis zu dem Zeitpunkt, als ich das ontogenetische System der Tumoren und Krebs-Äquivalenten[1] entdeckt habe, habe ich sehr viele Fälle beobachtet. Und ich habe gearbeitet, wie ein braver Naturwissenschaftler arbeiten sollte, nämlich rein empirisch.
Ich habe also alle Fälle brav dokumentiert, die Computertomogramme des Gehirns und die histologischen Befunde gesammelt – und ich habe diese dann immer alle nebeneinandergelegt und verglichen. Und siehe da: Es stellte sich ein atemberaubendes Ergebnis ein, das man bis dato für unmöglich gehalten hatte. Es gab ein System!

Da waren viele Patienten, bei denen wuchs in der konfliktaktiven Phase ein kompakter Tumor, also eine Zellvermehrung. Und es gab andere, da wuchs etwas in der pcl-Phase, in der vagotonen Phase, nach der Conflictolyse. Und das konnte ja wohl kaum das Gleiche sein. Es gab also 2 Sorten Zellvermehrung. Die eine Sorte Zellvermehrung in der konfliktaktiven, sympathicotonen Phase; und die andere Sorte Zellvermehrung in der pcl-Phase – nämlich bei den sog. Erkrankungen, die in der konfliktaktiven Phase Zelleinschmelzung oder Zellschwund gehabt hatten; also Löcher, Nekrosen oder Ulcera – Geschwüre, wie wir das nennen, gehabt hatten.
Diese sog. Erkrankungen hatten dann eine Zellvermehrung in der pcl-Phase.

Und nun habe ich immer wieder diese verschiedenen Erscheinungsformen verglichen, und da fand ich wie gesagt ein System: Und zwar hatten die Tumoren, die in der konfliktaktiven Phase durch Zellvermehrung gebildet wurden, immer ihre Relais im Gehirn beieinander liegen und zwar alle im Stammhirn und im Kleinhirn. Diese beiden Gehirnteile zusammen nennen wir das **Althirn**. Also – alle sog. Krebserkrankungen, die in der konfliktaktiven Phase eine Zellvermehrung machten, hatten ihr Relais, ihren Platz, von wo aus sie dirigiert wurden, im Althirn. Und alle sog. Tumoren, die im Grunde nur eine überschießende Art der Restitution sind und die in der pcl-Phase Zellvermehrung machen, sind in der konfliktaktiven Phase Löcher oder Ulcera oder Nekrosen gewesen, und ihre Relais im Gehirn liegen immer im **Großhirn.**

1 Dies war der Name, den ich bis zur Entdeckung des 5. biologischen Naturgesetzes verwendete

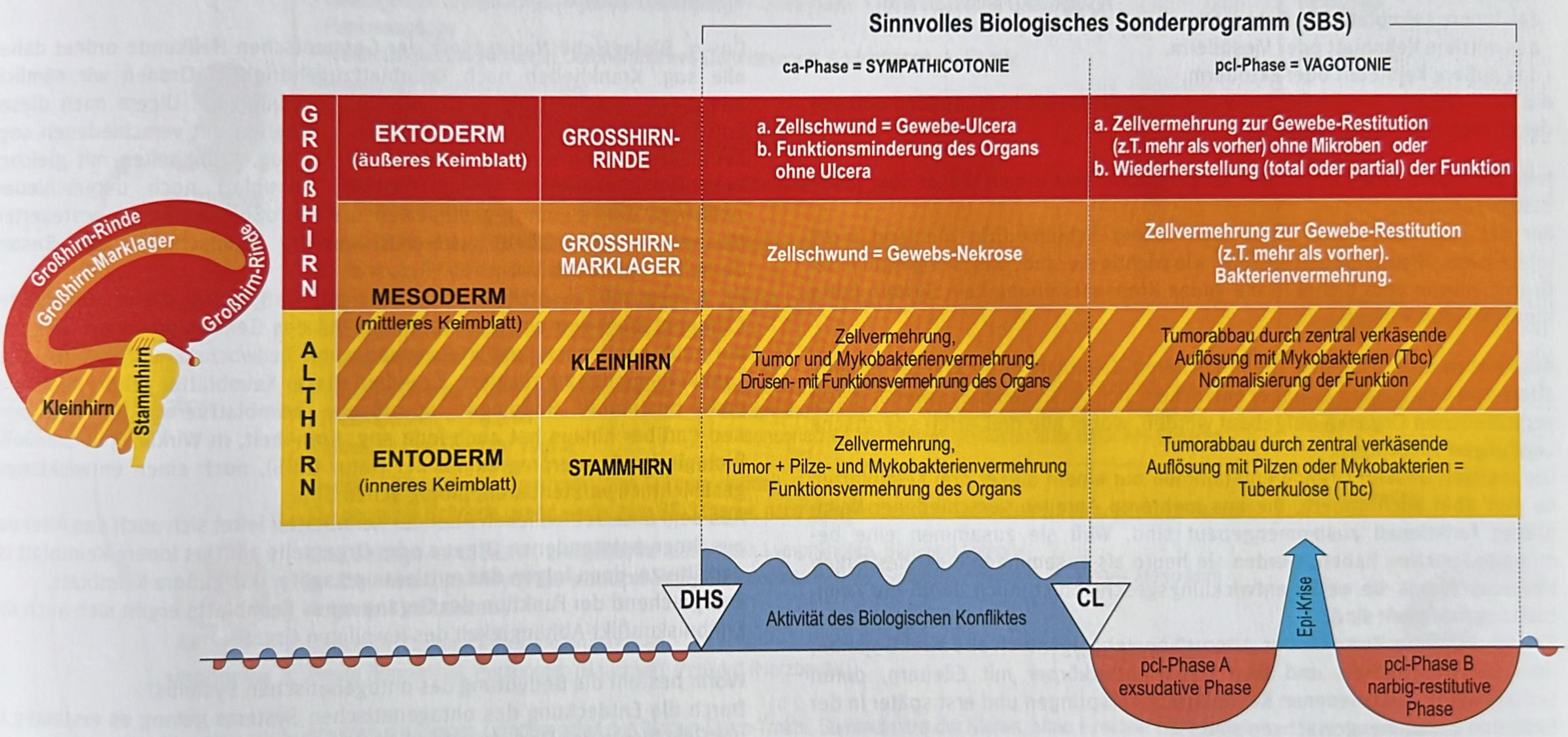


® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Auf diesem Schema sehen wir zwei verschiedene Gruppen:
- die gelbe Althirngruppe (Stammhirn und Kleinhirn)
- die rote Großhirgruppe (Großhirnrinde und Großhirnmarklager)

In der ca-Phase (konfliktaktiven Phase), nach dem DHS, machen
- **die gelbe Althirngruppe Zellvermehrung** (Tumorwachstum)
- **die rote Großhirngruppe Zellschwund** (Nekrose oder Ulcera)

In der pcl-Phase (Restitutive Renormalisation-Phase) nach der Conflictolyse (Konfliktlösung = CL) ist es genau umgekekehrt. Da machen
- **die gelbe Althirngruppe Abbau des Tumors** mit verkäsender Nekrotisierung mit Pilzen oder Mykobakterien (= Tuberkulose)
- **die rote Großhirngruppe Wiederaufbau der Nekrosen und Ulcera** unter Schwellung und Zystenbildung



Die Erkenntnis dieser gesetzmäßigen Zusammenhänge war im Jahre 1987 die Geburt des sog. **Ontogenetischen Systems der Tumoren und Krebsäquivalente**. Und nach der EISERNEN REGEL DES KREBS, und dem Gesetz der Zweiphasigkeit aller sog. Erkrankungen die allererste systematische Einteilung der gesamten Medizin.

Unter **Ontogenese** versteht man die individuelle Seinsentwicklung des Menschen von der Keimzelle bis zur Geburt. (Zum Unterschied zur Phylogenese, der Stammesentwicklung).
Der Begriff ontogenetisch bedeutet hierbei, daß weder die Lokalisation des Hamerschen Herdes im Gehirn, noch die Art der Tumoren oder Nekrosen –

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

sprich ihre histologische Formation – zufällig sind, sondern dass alles sehr logisch und einsehbar durch die Entwicklungsgeschichte des Menschen, also der Ontogenese, vorherbestimmt ist. Man sagt, die Ontogenese ist eine Rekapitulation der Phylogenese. Was bedeutet, daß die Entwicklung der verschiedenen Arten bis zum Menschen hin in der Embryonalzeit des Kindes und in der Säuglingszeit noch einmal nachvollzogen wird.

Die Embryologen teilen allgemein die Embryonalentwicklung in die drei sog. Keimblätter ein:
- das innere Keimblatt oder Entoderm,
- das mittlere Keimblatt oder Mesoderm,
- das äußere Keimblatt oder Ektoderm,
die sich schon zu Beginn der Entwicklung des Embryos herausbilden und aus denen sich alle Organe ableiten.

Jede Zelle bzw. jedes Organ des Körpers kann man einem dieser sog. Keimblätter zuordnen.
Für die sog. Keimblätter hatte sich in der Schulmedizin niemand mehr interessiert. Niemand hatte geahnt, wie wichtig sie sind. Das ist eigentlich der Grund, warum man bisher in die ganze Krebsentstehung kein System hatte hineinbringen können.

Aus diesen drei Schichten (beim mittleren Keimblatt unterscheide ich eine ältere und eine jüngere Gruppe) entwickeln sich verschiedene Gewebe, die zu verschiedenen Organen aufgebaut werden, wobei alle drei Arten spezifische Leistungen vollbringen.
Die meisten unserer Organe entstammen nur einem dieser drei Keimblätter. Es gibt aber auch andere, die aus mehreren Anteilen verschiedener Keimblätter funktionell zusammengebaut sind. Weil sie zusammen eine bestimmte Funktion haben, werden sie heute als zusammenhängendes Organ bezeichnet, was sie weder entwicklungsgeschichtlich noch durch die Keimblattzugehörigkeit sind.
Ein interessantes Beispiel: Der „Uterus“ besteht eigentlich aus zwei Organen, dem Gebärmutterhals und dem Gebärmutterkörper mit Eileitern, deren Schleimhäute verschiedenen Keimblättern entspringen und erst später in der Evolution zusammengewachsen sind.
Das Wissen um die drei Keimblätter, die Keimblattgeschichte und ihre Bedeutung für biologisches Leben, sind wichtig für das Verstehen der Germanischen Heilkunde. Aus diesen „Urblättern“ erwächst alles biologische Leben nach einem vorbestimmten Prinzip.
Wie ich gesagt habe, die Gewebsstrukturen oder Organe unseres Körpers bilden sich sowohl aus einem Keimblatt als auch möglicherweise aus mehreren. Das bedeutet natürlich, daß gewisse Teile eines Organs auf unterschiedliche Erlebnisse reagieren können. Gesteuert werden die Keimblätter von den zwei Gehirnen, dem Althirn und dem Großhirn; entsprechend finden wir auch hier die Zusammenhänge zwischen Gehirn, Keimblatt und Organ.
Wenn sich im Laufe der Evolution die verschiedenen Zellen und Organe entwickelt haben, so immer entsprechend den derzeitig vorhandenen Informationen in ihrem derzeitigen Umfeld.
Jedes Organ ist die optimale Antwort auf ein derzeitiges, vom Organismus zu lösendes Problem.

Das 3. Biologische Naturgesetz der Germanischen Heilkunde ordnet daher alle sog. Krankheiten nach Keimblattzugehörigkeit. Ordnen wir nämlich alle diese verschiedenen Geschwülste, Schwellungen, Ulcera nach dieser Entwicklungsgeschichte, bzw. nach ihren Kriterien der verschiedenen sog. Keimblätter, dann stellt man fest, daß die sog. Krankheiten mit gleicher Keimblattzugehörigkeit (beim mittleren Keimblatt noch unterschieden zwischen der Kleinhirn-gesteuerten und Großhirnmarklager-gesteuerten Mesoderm-Zugehörigkeit) auch noch andere Eigenschaften und Besonderheiten aufweisen.
Es gelang mir zusätzlich, zu entdecken, daß jedes dieser Keimblätter (Gewebetypen) von einem bestimmten Teil des Gehirns gesteuert wird und auf ganz bestimmte Konflikte entweder mit Zellwachstum, Zellabbau oder Funktionsminderung reagiert. Zu jedem dieser Keimblätter gehört auch eine ganz bestimmte Histologie, spezifische keimblattverwandte Mikroben, und darüber hinaus hat auch jede sog. Krankheit, in Wirklichkeit Sinnvolle Biologische Sonderprogramme der Natur (SBS), noch einen entwicklungsgeschichtlich verstehbaren, biologischen Sinn.
Aus dem unterschiedlichen Alter der Keimblätter leitet sich auch das Alter der aus ihnen entstandenen Organe oder Organteile ab. Das innere Keimblatt ist das älteste; dann folgen das mittlere und später das äußere Keimblatt.
Entsprechend der Funktion der Organe eines Keimblatts ergibt sich auch die Erlebniskonflikt-Abhängigkeit des jeweiligen Organs.

Worin besteht die Bedeutung des ontogenetischen Systems?
Durch die Entdeckung des ontogenetischen Systems gelang es erstmalig in der Geschichte der Medizin, sämtliche „Krankheitsbilder“ in ihrem Bezug auf Psyche (Konfliktinhalt) – Gehirn (Steuerungsplatz) – Organ (Gewebetyp, Keimblatt) zu systematisieren, und so die wunderbare Ordnung der Natur aufzuzeigen.

Im folgenden sehen wir schematisch dargestellt die Entwicklung der 3 sog. Keimblätter zu den Organen und der zugehörigen Teile unseres Kopfgehirns.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Schnitt durch frühen Embryo
mit den 3 Keimblättern:

EKTODERM

MESODERM

ENTODERM

Sensibilitätsverlauf im SBS nach Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema):
Sensibles Nervengeflecht auf dem Periost (das früher einmal Plattenepithel hatte):
ca-Phase des Periost-Nervengeflechtes: Stechende, fließende Schmerzen, die wir Rheuma nennen.
Starke Schmerzen auch in der epileptoiden Krise,
Taubheit in der übrigen pcl-Phase.

Schleimhaut (Plattenepithel) von:
- Zunge, Gaumen, Rachen und Speicheldrüsen-Ausführungsgänge, obere 2/3 der Speiseröhre
- Magen: kleine Kurvatur + Pylorus + Bulbus duodeni (Zwölffingerdarm)
- Gallengänge: Choledochus (= großer Gallengang) + Gallenblase + intrahepatische Gallengänge
- Pankreasgänge
- Kiemenbogenabkömmlinge: Coronararterien, Coronarvenen, Aortenbogen, A. Carotis

Postsensorisches Rindenfeld

Schleimhaut (Plattenepithel) von:
- Kiemengänge, Schilddrüsenausführungsgänge
- Mundboden, Lippen, Zahnschmelz, Nasennebenhöhlen

Frontal Rindenfeld

alpha-Inselzellen (Unterzuckerung) und beta-Inselzellen (Diabetes) und
das „Telepathische Fenster“ (= „Fenster der Seele“)

Sensibilitätsverlauf im SBS nach Äußere Haut-Schema (ÄH-Schema):
Schleimhaut (Plattenepithel) von:
- Oberhaut (Epidermis) + Haare + Rückseite der Oberhaut mit Pigment
- Milchgänge der weiblichen Brust (Gesäugeleiste)
- Nase, Bronchien, Kehlkopf

Sensorisches Rindenfeld

- Gebärmutterhals und -mund, Samenblase,
- Nierenbecken + Ureteren
- Blase, Uretra, Rektum, Vagina

} Diese Organe stammen ursprünglich aus dem Schlund, sind neu verkabelt nach dem Ringaufriß und haben ihre Relais im postsensorischen Rindenfeld, verlaufen aber nach ÄH-Schema.

Postsensorisches Rindenfeld

Netzhaut (Retina) und Glaskörper (zum Teil mesodermal).
Die occipitale Sehrinde gehört weder zum SS-Schema, noch zum ÄH-Schema, wohl aber zur Hirnrinde (ektodermal).

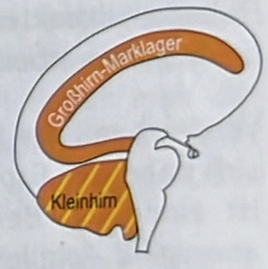
Seh-Rindenfeld

Glia, Bindegewebe, Skelett, quergestreifte Muskulatur, Lymphknoten, Blut- und Lymphgefäße, Nierenparenchym, Eierstocksparenchym, Hodenparenchym, Glaskörper des Auges (z.T. ektodermal)

junges Mesoderm

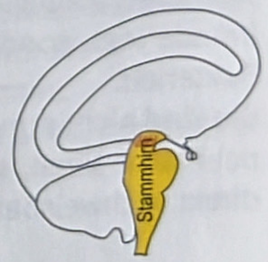
Unterhaut (Corium), Teil davon Brustdrüsen
Pleura (Rippenfell), Peritoneum (Bauchfell), Perikard (Herzbeutel)

altes Mesoderm



Alveolen der Lunge, Zylinderepithel des Magen-Darm-Trakts, Sammelrohre der Nieren, orale + rektale submucöse Schleimhaut, Drüsenparenchym der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Ohrspeicheldrüsen, der Unterzungenspeicheldrüsen, der Tränendrüsen, der Schilddrüse,
des Uraugenbechers (Enteroidea früher Chorioidea), der Hypophyse und des gesamten Darms; Plexus chorioideus in den Hirnventrikeln 1-4, der den liquor cerebrospinalis produziert.

glatte Muskulatur (Mittelhirn = Teil des Stammhirns);
ca-Phase: Darmmuskulatur, z.B. Myom des Uterus = Verdickung der glatten Muskulatur nur an der betroffenen Stelle;



® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das 4. Biologische Naturgesetz

Das ontogenetisch (entwicklungsgeschichtlich) bedingte System der Mikroben

Die Schulmedizin teilte Mikroben in „gute“ (z. B. Darmbakterien, Mund- und Scheidenflora) und „böse“ (z. B. Tuberkelbakterien) ein.
Man dachte, die „Bösen“ seien schuld an vielen Krankheiten. Diese Krankheiten nannte man „Infektionskrankheiten“. Dieser folgenschwere Irrtum passierte, weil man bei vielen „Krankheiten“ tatsächlich Pilze oder Bakterien am Ort des Geschehens fand. Die Pilzbakterien vermehren sich in der ca-Phase (Tuberkelpilzbakterien). Bakterien vermehren sich erst in der pcl-Phase. Aber beide Sorten arbeiten erst in der pcl-Phase, der Heilungsphase.

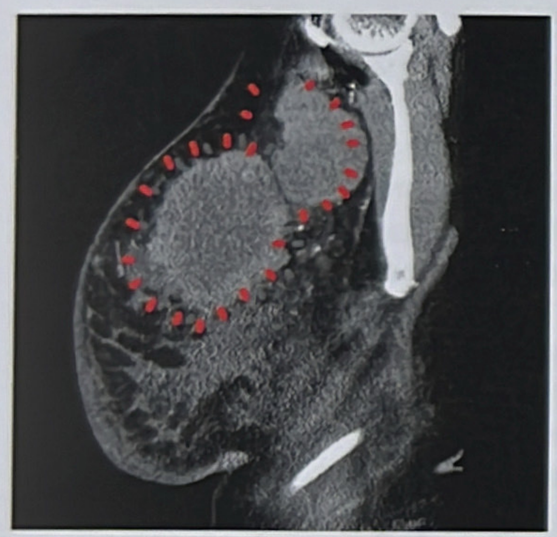
Vergleich mit der Feuerwehr: Jemand analysiert die Ursache für Großbrände: „Ich habe alle Großbrände der letzten Jahrzehnte ausgewertet. Das Ergebnis ist eindeutig. Bei jedem Brand waren ausnahmslos Feuerwehrfahrzeuge anwesend. Folglich sind diese Fahrzeuge die Ursache für die Brände!“
Selbstverständlich ist das unsinnig, denn jeder weiß, daß nicht die Feuerwehr Brände legt, sondern diese löscht. Genau so verhält es sich mit Pilzen und Bakterien.
Sie sind nicht schuld an der „Erkrankung“, sondern optimieren die restitutive pcl-Phase. Viren, so wissen wir inzwischen, gibt es überhaupt nicht, sind nicht direkt nachweisbar. Man hatte sie hypothetisch postuliert, was ein Irrtum war.

Die Mikroben sind seit Jahrmillionen unsere treuen Begleiter. Wir leben mit ihnen in perfekter Symbiose, unser Gehirn und unser Körper rechnen fix mit ihnen. Vom Gehirn bekommen sie den Einsatzbefehl für ganz bestimmte „Operationen“. Unsere kleinen Mikro-Chirurgen bauen Gewebe auf oder ab – und zwar ausschließlich in der Heilungsphase: Pilze und Pilzbakterien, unsere ältesten Begleiter, räumen auf Stammhirnbefehl überschüssiges Gewebe des inneren Keimblattes (z. B. Candida-Pilz im Darm, Soor-Pilz im Mund) ab.
Die wichtigsten sind die Tuberkelbakterien.
Nachtschweiß ist ein sicheres Zeichen, daß Tuberkelbakterien gerade in Tätigkeit sind.

Mykobakterien (Pilzbakterien) und Pilze bearbeiten die Tumoren des Althirns und vermehren sich in der konfliktaktiven Phase (= ca-Phase).
Es werden so viele Mykobakterien „vorproduziert“, daß in der Heilungsphase (= pcl-Phase) der Tumor so rasch als möglich wieder abgebaut werden kann. So rasch als möglich heißt: in der biologisch vorgeschriebenen Zeit, denn die mikrobielle Chirurgie ist eine höchst komplizierte Sache, wie wir früher an der Lungen-Tbc gesehen haben. Die war nichts anderes – und ist die tuberkulöse pcl-Phase von Lungenrundherden (Todesangstkonflikt). Ohne die

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Mykobakterien gerät der ganze Organismus durcheinander, wie wir z. B. gut bei dem Schilddrüsen-Ca sehen können. Mit unseren modernen, bildgebenden Verfahren (CT und MRT) können wir gut verfolgen, wie ein Tumor (ca-Phase) in der pcl-Phase von Mykobakterien verkäst wird. (Siehe Bilder rechts.)
Wenn beim Schilddrüsen-Ca keine Mykobakterien zur rechten Zeit vorhanden sind, läuft der Metabolismus (= Stoffwechsel) nicht nur in der ca-Phase und weiter in der pcl-Phase, sondern lebenslang auf vollen Touren, wie wenn sich beim Auto ein durchgetretenes Gaspedal verklemmt hat. Daß ein Tumor, der seinen biologischen Sinn und seine Aufgabe erfüllt hat, abgebaut gehört, ist biologisch selbstverständlich.



Zwei kompakte Tumore (= Brustkrebse), von denen der untere innen dunkel gefärbt ist, was bedeutet, daß er sich innen bereits verflüssigt (= verkäst) hat. Dieser untere Tumor ist bereits kurz davor, eine (Brust)-Kaverne zu werden. Die Verkäsung beginnt immer innen und schreitet nach peripher (außen) fort.

Die Mykobakterien haben schon den Tumor in der pcl-Phase weitgehend verkäst.
Die Verkäsung beginnt immer in der Mitte.
Deshalb spricht man bei solchen Tumoren in der Tbc-pcl-Phase von „zentral-nekrotisch zerfallenden Tumoren“.

Die **Bakterien** bearbeiten nur die zum mittleren Keimblatt (Mesoderm) gehörenden, vom Marklager gesteuerten Organe (d. h. Nekrosen). Sie vermehren sich erst in der pcl-Phase. Zu dieser Vermehrung haben sie gerne Ödem, also flüssiges Milieu und Wärme. Deshalb vermuteten wir früher irrigerweise, sie seien Ursache für die pcl-Phasen-Symptome: Fieber, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen etc., etc.
Die meisten Bakterien (Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Gonokokken), nach anderer Einteilung Anaerobier (= unter Luftabschluß arbeitend) oder Aerobier (= an der Luft arbeitend), haben ihre Spezialgebiete, können aber überlappend tätig werden, wenn die „Nachbarspezialisten“ fehlen. Ein Abtöten der Bakterien mit Antibiotika vermindert zwar die Symptome der pcl-Phase, ist aber biologisch unsinnig.
Bei den Bakterien gibt es verschiedenste Gattungen, jedes Bakterium hat sein „Spezialgebiet“, wie z. B. die Gonokokken den Uro-Genitaltrakt oder die Corynebakterien den Rachen. Ein Teil von ihnen, nämlich die Tuberkelbakterien, wird vom Althirn (= Stammhirn + Kleinhirn) gesteuert und baut Tumorgewebe ab, die andere Art von Mikroben, nämlich Bakterien, bauen, vom Großhirn-Marklager gesteuert, Gewebe (z. B. Knorpel, Knochen) auf.

Mikroben sind wichtige Glieder im Regelkreis der Natur. Wir sollten sie „hegen und pflegen“, anstatt sie zu bekämpfen. Impfungen, ganz egal wogegen, sind aus Sicht der Germanischen Heilkunde nicht nur sinnlos (weil unwirksam), sondern wegen des konfliktträchtigen Impfvorganges (Angst des Impflings) undder giftigen Zusatzstoffe (Phenol, Formaldehyd, Quecksilber-, Aluminiumverbindungen usw.) äußerst schädlich. Da man gar nicht weiß, gegen was eigentlich wirklich geimpft werden soll (Toxine, Antikörper gegen die Heilungsphase?) und da es gar keine Viren gibt, gegen die man impfen könnte, ist alles ein einziger Betrug. Noch schlimmer: Wir müssen heute aufgrund der nicht mehr zu übersehenden Vorgänge dringend davon ausgehen, daß es sich schon bei den zurückliegenden und in Zukunft bei allen folgenden Impfungen nur noch um Chipimplantationen handelt, mit denen man den Geimpften lebenslang beobachten kann – oder sogar noch Schlimmeres, wenn die Informationen über den neuen, sogenannten chinesischen „Tötungs-Chip“ stimmen (Todeskammer, über Satellit aktivierbar).
Fehlen Tuberkelbakterien, weil man sie durch falsch verstandene Hygiene „ausgerottet“ hat, kann überschüssiges Gewebe nicht abgebaut werden, das normalerweise durch Mykobakterien (Tbc) verkäst werden würde.
Übrig bleiben mit Tbc normalerweise Hohlräume, sog. Kavernen.
Ohne Tuberkelbazillen muß sich der Körper in diesem Fall anders helfen, er umschließt den Tumor mit Bindegewebe.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

In der Brust finden wir dann im Röntgenbild alte Knoten, einstmals aktive, Milch produzierende Zellen eines SBS. Hier liegt eine solche unbiologische Heilung vor.
Was die Natur allerdings nicht eingeplant hat, ist, daß wir binnen Stunden in eine neue, für unseren Körper fremde Mikrobenwelt „eintauchen“ (Fernreisen). Hier kann es zu Problemen kommen, z. B. bei Malaria.

Viren:
Die Großhirnrinde, unser jüngster Gehirnteil, arbeitet möglicherweise mit kleinsten Eiweißverbindungen (sogenannten Antikörpern in der pcl-Phase), um fehlendes Gewebe in der Lösungsphase (pcl-Phase) zu ergänzen (z. B. in der Bronchien-Schleimhaut oder in der äußeren Haut). Es waren stets die Antikörper in der pcl-Phase.
Von den Viren, an die wir hypothetisch lange geglaubt hatten, wußten wir bis vor kurzem noch nicht, daß es sie überhaupt nicht gibt. Die Viren wurden vor 150 Jahren postuliert, als man gering auflösende Mikroskope hatte. Man hat nie ein Virus, auch nicht seine Vermehrung gesehen. Auch die Hypothese, daß die nicht beobachteten Viren eine „Krankheit“ machen, war falsch. Natürlich waren dann auch alle sog. Impfungen gegen Viren ein einziger Riesenbetrug (wie z.B. bei sog. AIDS, Vogel- und Schweinegrippe), die in Wirklichkeit mit allergrößter Wahrscheinlichkeit Chip-Implantationen waren.
Die hypothetischen Viren hätten allenfalls bei einer Heilung helfen können, aber auch das ist bisher unbewiesen.
Die vermeintlichen Viren sind nichts anderes als Antikörper, die bei einem DHS als Begleitschiene in unserem Gehirn in Plan gehen, aber erst in der pcl-Phase als Antikörper organisch sichtbar und meßbar werden.
So ist es bei AIDS, der Krankheit, die es gar nicht gibt. Das Smegma-Trauma geht beim DHS als Smegma-Schiene in Planung. Meßbar werden die Antikörper aber erst in der pcl-Phase als AIDS -Test.
Im Grunde waren die angeblich krankmachenden Viren ein einziger riesiger Betrug! (siehe hierzu auch „Vermächtnis einer Neuen Medizin“/1987 und „AIDS, die Krankheit, die es gar nicht gibt“).
Die Virus-Animationen, die uns gelegentlich im Fernsehen gezeigt werden, sind der reine Betrug, früher aus finanziellen Gründen, heute zusätzlich, um die Menschen zeitlebens kontrollieren, beherrschen und notfalls per Satellit zu jedem beliebigen Zeitpunkt töten zu können (Chip mit Todeskammer).

Bill Gates, zynischer König der Mikrochips, äußerte im Jahr 2010: „Wenn wir richtig gute Arbeit leisten mit neuen Impfstoffen (gemeint sind Mikrochipimplantationen), Gesundheitsversorgung (gemeint Sterbeversorgung) und Empfängnisverhütung/Abtreibungen machen, könnten wir diese Zahl (die Zahl der Weltbevölkerung) um vielleicht 10 oder 15% reduzieren.“

Einen Monat später (Juli 2010) sagte er auf dem Aidskongreß in Wien in Anspielung auf mein Buch „Aids, die Krankheit, die es gar nicht gibt“: „Jetzt müssen alle Männer der Welt beschnitten werden, dann gibt es kein Aids mehr“. (gemeint ist: kein Smegma mehr). Als Jude hat er mein Buch gut verstanden, die Konsequenz ist natürlich idiotisch.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das 5. Biologische Naturgesetz

Die Quintessenz: Das Gesetz vom Verständnis einer jeden sog. Krankheit als Teil eines entwicklungsgeschichtlich verstehbaren Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms der Natur® (SBS)

Das 5. Biologische Naturgesetz ist wirklich die Quintessenz aus den vorausgegangenen 4 Biologischen Naturgesetzen der Germanischen Heilkunde. Es dreht die gesamte Medizin völlig um.
Wenn man nämlich die Erkrankungen der einzelnen Keimblätter gesondert betrachtet, stellt man fest, daß es offensichtlich einen Biologischen Sinn gibt, und daß dieser Biologische Sinn keimblattabhängig ist. Diese Erkenntnis ist ungeheuer wichtig, und sogar eine der zentralen Säulen für das Verständnis der gesamten Germanischen Heilkunde.

Durch diese biologische Sicht gelangte ich fast notgedrungen zu einer geradezu atemberaubenden Konsequenz: Ich fand nämlich heraus, daß die sog. Krankheiten keine sinnlosen Fehler der Natur darstellen, die es zu bekämpfen gilt, sondern, daß jede sog. Erkrankung ein sinnvolles Geschehen ist, so daß ich regelrecht gezwungen wurde, für jede einzelne sog. Erkrankung (nicht nur Krebs) zu fragen:
Wodurch ist die Krankheit entstanden? Welchen biologischen Sinn hatte sie?

Rufen wir uns noch einmal kurz das 3. Biologische Naturgesetz in Erinnerung: Alle von unserem ältesten Hirnteil, dem Althirn gesteuerten Tumoren haben auch die ältesten, archaischen Konflikte. Sie machen in der konfliktaktiven Phase Zellvermehrung, und ihre Histologie ist ähnlich. In der Heilungsphase werden die so entstandenen Zellen, die nun überflüssig geworden sind, mit Hilfe der dafür zuständigen Mikroben wieder abgebaut. Allerdings dürfen wir hinsichtlich ihres Biologischen Sinns nicht vergessen, daß Mutter Natur (siehe Pilze und Mykobakterien) bereits vom DHS ab die Heilungsphase im Auge hat. Deshalb vermehren sich die Mykobakterien (Tbc) keimblattgemäß ebenfalls in der konfliktaktiven Phase, auch wenn sie erst mit der Konfliktlösung zum Einsatz kommen, d.h. es werden nur so viele Mykobakterien „vorproduziert“, wie auch nachher zum Abräumen des Tumors notwendig sind. Der Biologische Sinn liegt hier in der ca-Phase.

Beispiel Brustdrüsenkrebs: Da der Brustdrüsenkrebs ein vom Althirn gesteuerter Vorgang ist, findet in der konfliktaktiven Phase Zellvermehrung statt, d.h. der Knoten in der Brust wächst, solange der Mutter/Kind-Konflikt aktiv ist. Gleichzeitig vermehren sich in dieser Phase auch die Mikroben, falls zum Zeitpunkt des DHS bereits welche vorhanden waren. Der Biologische Sinn ist eindeutig der, daß der Organismus zusätzliches Brustgewebe baut, um dem Kind, das z.B. durch einen Unfall gerade eine Entwicklungsstörung durchmacht, Hilfestellung zu geben, indem es nunmehr mehr Muttermilch bekommt.

Natürlich spielen sich bei den Frauen in den sog. zivilisierten Ländern diese Vorgänge meistens außerhalb der Stillzeit ab. Bekommt also eine Frau in der Zivilisation einen Mutter/Kind-Konflikt während sie nicht (mehr) stillt, dann wächst ein solcher Brustdrüsentumor und imitiert den Zweck des Mehr-Milch-Geben-Wollens an den Säugling, der zwar als Kind, meist aber nicht mehr als Säugling vorhanden ist. Das hat unsere modernen Mediziner ja dazu gebracht diesen Tumor als etwas völlig Sinnloses, Krankes, als Ausartung der Natur anzusehen, weil sie das Verständnis für den ursprünglichen Sinn verloren hatten.
Der Biologische Sinn der vom Großhirn-Marklager gesteuerten Erkrankungen liegt dagegen in der Heilungsphase. Z.B. beim Wasser- und Flüssigkeitskonflikt sehen wir in der konfliktaktiven Phase eine Nekrose im Nierengewebe. Gleichzeitg ist auch immer der Blutdruck erhöht, der aber den Sinn hat, das durch die Nekrose gebildete Loch im Nierengewebe funktionell zu kompensieren, damit ausreichend Urin und Harnstoff ausgeschieden werden kann. In der Heilungsphase bildet sich eine Nierenzyste, die mit Flüssigkeit gefüllt ist. Im Inneren dieser Zyste findet eine starke Zellvermehrung statt, an deren Ende, nach 9 Monaten, statt der Flüssigkeit ein festes Zellgewebe gebaut ist, mit einem eigenen Blutgefäßsystem. In dieser Zeit ist die Zyste überall an der Umgebung „angewachsen“, die sich später aber, wenn

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

sie induriert ist (festgeworden), von alleine wieder ablöst. Hier liegt der Biologische Sinn in der pcl-Phase, d.h. mit einer bleibenden Vergrößerung, sowohl parenchymatös, als auch funktionell am Ende der Heilungsphase, d.h. die indurierte Zyste schaltet sich nunmehr in die Urinproduktion mit ein.

Bei den Großhirnrinde-gesteuerten Karzinomen liegt der Biologische Sinn wieder in der konfliktaktiven Phase, aber im Gegensatz zu der Zellvermehrung bei den Althirn-gesteuerten Organen, wird hier gerade das Gegenteil erreicht: nämlich Zellschwund der Plattenepithelschleimhaut in der ca-Phase, die dann in der Heilungsphase wieder aufgebaut wird. Da aber bisher niemand etwas davon wusste, wurden die Restitutionen oder das Wiederaufüllen der Nekrosen und Ulcera in der pcl-Phase auch als Krebs oder Sarkom bezeichnet, weil ja dabei auch Zellvermehrung (Mitosen) mit großen Zellen und großen Kernen stattfindet – allerdings zum Zweck der Heilung.

Jetzt können wir auch verstehen, warum wir die Krebsentstehung nie begreifen konnten, solange wir diese Zusammenhänge und vor allem den entwicklungsgeschichtlichen Entstehungsmechanismus unserer biologischen Konfliktprogramme nicht verstanden hatten.
Die Germanische Heilkunde hat alles umgedreht, nichts stimmt mehr – außer den Fakten.
Aber nicht nur jedes Sinnvolle Biologische Sonderprogramm hat seinen Biologischen Sinn, sondern auch die Kombination solcher SBSe im Sinne einer Schizophrenen Konstellation haben wiederum einen ganz besonderen Biologischen Sinn, quasi einen „Übersinn". Damit ist keineswegs etwas Transzendentelles, Weltanschauliches oder Spirituelles gemeint, sondern die Tatsache, daß Mutter Natur offenbar die Möglichkeit hat, bzw. eingeübt hat, bei scheinbar ausweglosen Situationen (z.B. Psychosen[1]) gleichsam neue Dimensionen zu eröffnen, mit denen das Individuum doch noch eine Chance hat, diese schwere Situation zu meistern. Auch hier eröffnet die Germanische Heilkunde neue Dimensionen einer sinnvollen therapeutischen Betreuung.

Mit dem 5. Naturgesetz ist die Germanische Heilkunde endlich komplett geworden. Es ist die Quintessenz oder die quinta essencia. Wir Menschen können in aller Bescheidenheit nun zum ersten Mal sehen und sogar verstehen, daß nicht nur die gesamte Natur geordnet ist, sondern daß auch jeder einzelne Vorgang in der Natur sinnvoll ist, sogar im Rahmen des Ganzen. Wir sehen, daß die Vorgänge, die wir bisher „Krankheiten" genannt hatten, nicht etwa sinnlose Störungen waren, die von Zauberlehrlingen wieder repariert werden mussten, sondern wir sehen voller Staunen, daß das alles gar nichts Sinnloses, Bösartiges und Krankhaftes war.

Was waren also unsere sog. Krankheiten?
Nun, die Symptome, die wir kannten, bleiben, aber auch nur sie! Wir müssen sie völlig neu einordnen und neu bewerten, weil wir ein völlig verändertes Verständnis gewonnen haben.

---

1 Zum Thema Konstellationen finden Sie Informationen in der übrigen Literatur von Dr. Hamer

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Charakteristische Symptome der ca-Phase, der pcl-Phase und der Epi-Krise

Die 1. Phase = ca-Phase = konfliktaktive Phase

A. psychische Ebene – Konfliktaktivität:
- Zwangs-Konfliktdenken
- Streßinnervation, um den Konflikt zu lösen
- Dauertag-Rhythmus

vegetative Ebene – Sympathicotonie:
- Hyperaktivität, um Konflikt zu lösen
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsabnahme
- Gefäßverengung: kalte Hände und Füße, kalte Haut
- Schlaflosigkeit, häufiges Aufwachen kurz nach dem Einschlafen und Schlaflosigkeit in der 2. Nachthälfte (ab ca. 3.00 Uhr)
- erhöhter Blutdruck und Erhöhung der sympathicotonen Parameter, des Thyroxins im Blut, des ACTH und des Cortisols, sowie des Adrenalins

B. cerebrale Ebene:
Schießscheibenformation des Hamerschen Herdes im Gehirn an zum Konflikt und Organ gehörender Stelle: sog. aktive HAMER'sche Gehirn-HERDE (HGH)

C. organische Ebene:

a) Althirn-gesteuerte Organe (Stammhirn und Kleinhirn):
- Schießscheibenformation am Organ: sog. HAMER'sche Organ HERDE (HOH)
- Tumorwachstum, Zellvermehrung als sinnvolles Geschehen zur Lösung des Konfliktes. Gleichzeitig vermehren sich Pilze und Pilzbakterien (säurefeste Tuberkel-Mykobakterien) synchron mit der Zellteilungsrate am Organ, obgleich sie erst nach der Conflictolyse mit ihrer Abbauarbeit beginnen dürfen.
- bei glatter Muskulatur (Mittelhirn des Stammhirns): tonische, lokale Spastik und Vermehrung der Muskelmasse;

b) Großhirn-gesteuerte Organe:
- Nekrosen bei Großhirn-Marklager-gesteuerten Organen, Ulcera bei Großhirn-Cortex-gesteuerten Organen.
- Zellschwund! Sinnvolles Geschehen zur Lösung des Konfliktes für das Einzel-Individuum oder sinnvolles Geschehen als quasi Suizidal-programm zur Erhaltung der Art (Futter für den Löwen).
- Verminderung der Funktion der cortical-gesteuerten Organe ohne Ulcera.

Die vom Marklager gesteuerten Organe (Lymphknoten, Muskel, etc.) haben ihren Biologischen Sinn erst am Ende der pcl-Phase (deshalb „Luxusgruppe") Bei quergestreifter Muskulatur: Lähmung.

Die 2. Phase = pcl-Phase = konfliktgelöste Phase

1. <u>Hälfte der pcl-Phase = pcl-Phase A = Ödem bildender, initialer pcl-Phasenabschnitt = exudative Phase</u>:

A. psychische Ebene:
- Beendigung des Zwangsdenkens, gelöste Stimmung, Patient fühlt sich wohl, wie erlöst, große Beruhigung
- Dauernacht-Rhythmus

vegetative Ebene:
- große Müdigkeit
- Vagotonie, d.h. Weitstellung der peripheren Blutgefäße (warme Hände, Füße und Haut), Senkung des Blutdrucks bei Vermehrung des Inhalts der Blutgefäße, guter Appetit, gute Funktion des gesamten Verdauungstraktes, Gewichtszunahme
- Fieber
- Absenkung (unter„normal") der Sympathicotonie-Parameter: Thyroxin, ACTH, Cortisol und Adrenalin
- Einschlafstörung bis morgens um 3 Uhr (= Sonnenaufgang, biologischer Tagesbeginn), für das „Beutetier" die Chance, bei Tageslicht weniger leicht vom Raubtier im Schlaf überrascht zu werden)

Einlagerung von Ödem sowohl im Organbereich als auch im Gehirn.

B. cerebrale Ebene: Die Schießscheibenringe des Hamerschen Herdes ödematisieren in der pcl-Phase, sie verschwimmen oft völlig im Ödem (intrafocales und perifocales Ödem). Vom Beginn der Heilungsphase (pcl-Phase) läßt sich der HH mit Kontrastmittel anfärben und wird dann als sog. „Hirntumor" fehlgedeutet. Die Anfärbung mit Kontrastmittel ist möglich durch einen erheblich vermehrten Stoffwechsel im Bereich des Hamerschen Herdes und durch Einlagerung von Glia (=Hirnbindegewebe), um das alterierte Relais wieder zu reparieren. Der Preis ist: es wird starrer, rigider, ist weniger elastisch. Bei einem nochmaligen späteren gleichen Vorgang im gleichen Relais, kann es zu einer Zerreißung (Zyste) des Hirngewebes kommen.
Vorsicht bei Syndrom! So nennen wir das gleichzeitige Miteinander einer Heilungssymptomatik – am Organ und im Gehirn – mit einem aktiven Wasserretentionskonflikt (ca-Phase). Dabei wird im Organ und im HH des Gehirns sehr viel Flüssigkeit eingelagert. Das haben wir früher fehlgedeutet als „Hirntumor" (siehe unter „Syndrom").

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

C. organische Ebene:

a) Althirn-gesteuerte Organe:

- Abbau der Zellvermehrung (nur der Tumorzellen!) in der pcl-Phase durch Pilze oder Pilzbakterien (Tbc) bis zum ante status quo (biologische Lösungsphase). Wenn die Mikroben fehlen (wegen fälschlich gut gemeinter Hygiene in der Zivilisation), dann bleibt der Tumor, macht aber von der CL ab keine Mitosen mehr; biologischer Zellabbau bleibt aus (unbiologische Lösungsphase).
- kein Abbau der vom Mittelhirn-gesteuerten glatten Muskulatur: nach Darmtumor: klonische Hyperaktivität, sog. Kolik der gesamten Darmmuskulatur (= glatte Muskulatur).
- Einlagerung von Ödem im Organbereich: ödematisierter HAMERscher Organ-HERD

b) Großhirn-gesteuerte Organe:

- Wiederaufbau der durch vorangegangenen Zellschwund fehlenden Zellen, d.h. Wiederauffüllung der Nekrosen der Großhirn-Marklager-gesteuerten Organe und der Ulcera der Großhirn-Cortex-gesteuerten Organe – mit Hilfe von Bakterien, falls vorhanden, bei Großhirn-Marklager-gesteuerten Organen – und ohne Mikroben bei Großhirn-Cortex-gesteuerten Organen.
- Funktionsnormalisierung der cortical-gesteuerten Organe ohne Ulcera.
- Einlagerung von Ödem im Organbereich: ödematisierter HAMERscher Organ-HERD

<u>Epileptische Krise</u>:

A. psychische Ebene:

- der Patient erlebt im Zeitraffer seinen gesamten Konflikt noch einmal
- nochmals starke Sympathicotonie, zwar von anderer Qualität als in der ca-Phase, aber es kann dadurch zu kurzfristiger Konstellation kommen (siehe Asthma bonchiale und laryngeale)

vegetative Ebene:

- die sog. kalten Tage, manchmal mit Schüttelfrost, Zentralisation der peripheren Gefäße (kalte Peripherie)

B. cerebrale Ebene:

- Der HH macht im Ödem nochmals angedeutete scharfrundige Schießscheibenformation.

C. organische Ebene:

- tonische, klonische oder tonisch-klonische epileptische Krise (Anfall) der quergestreiften Muskulatur (Krämpfe, Spasmen, Epilepsie). Die sympathicotone epileptische Krise ist von anderer Qualität als die ca-Phasen-Sympathicotonie (= Lähmung). Epileptische Krise = Hyperaktivität der quergestreiften Muskulatur.
- glatte Muskulatur: zuerst noch einmal stark erhöhter sympathischer Muskel-Tonus im Lokalbereich des betroffenen Darmabschnitts – mit herabgesetzter oder stillgelegter Peristaltik im übrigen Darmbereich (= von uns meist als Ileus oder Darmverschluß fehlgedeutet). Danach (nach epi-Krise) stark erhöhte klonische Peristaltik im ganzen Darm.
- vermehrte Urinausscheidung, sog. Pinkelphase, die auch in die narbig-restitutive pcl-Phase hineinreicht

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Epileptoide Krise:

Allgemein: Alle SBS außer den muskulären haben eine epileptoide Krise, auch genannt **die kalten Tage.**

A. psychische Ebene:
- Der Patient erlebt im Zeitraffer seinen gesamten Konflikt noch einmal
  Starke Sympathicotonie, zwar von anderer Qualität als die ca-Phase, aber kurzfristige Konstellationen sind möglich, z.B. mit Absencen

vegetative Ebene:
- die sog. kalten Tage, manchmal mit Schüttelfrost, Zentralisation der peripheren Blutgefäße (kalte Peripherie)
  Sympathicotonie auf allen Ebenen, kalte Extremitäten
- Erhöhung von Thyroxin, ACTH, Cortisol und Adrenalin
- Vermehrte Urinausscheidung, sog. Pinkelphase, die auch in die narbig-restitutive pcl-Phase hineinreicht

B. cerebrale Ebene:
- Der HH macht im Oedem nochmals angedeutete scharfrundige Schießscheibenformation.

C. organische Ebene:
- Vermehrte Urinausscheidung, sog. Pinkelphase, die auch in die narbig-restitutive pcl-Phase hineinreicht.

Wichtig: Der Sensibilitätsverlauf der Plattenepithel-Schleimhaut in der Schlund-Schleimhaut-Schema Gruppe (SS-Schem) macht nochmals starke Schmerzen, mit begleitender Muskulatur sehr schmerzhafte Koliken (z.B. Magenkolik, sog. Koronar-Herzinfarkt).

2. Hälfte der pcl-Phase = pcl-Phase B = narbig-restitutiver pcl-Phasenabschnitt mit Ödem

A. psychische Ebene:
- Beendigung des Zwangsdenkens aus der epileptischen/epileptoiden Krise, Wohlbefinden, gelöste Stimmung

vegetative Ebene:
- erneut Vagotonie auf allen Ebenen allerdings in etwas veränderter Qualität: warme Extremitäten, Weitstellung der Blutgefäße, Senkung des Blutdrucks, guter Appetit, gute Funktion des gesamten Verdauungstraktes, Gewichtszunahme
- erneute, allerdings verminderte Absenkung der Sympathicotonie-Parameter: Thyroxin, ACTH, Cortisol und Adrenalin

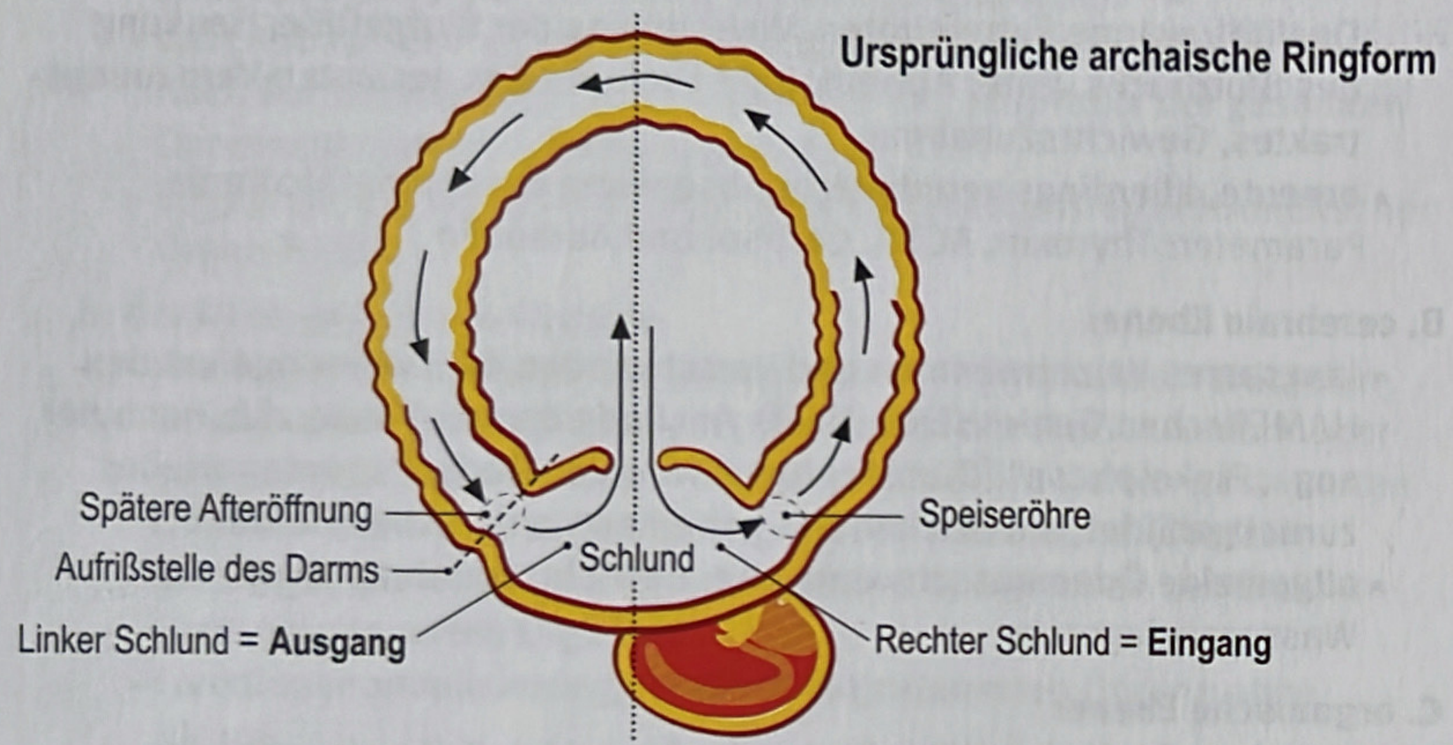
B. cerebrale Ebene:
- langsames Verschwimmen und Verschwinden der Ödemringe um den HAMERschen GehirnHERD (HGH). Am Ende der pcl-Phase, d.h. nach der sog. „Pinkelphase“ (Diuresephase) wird das Oedem spontan wieder zurückgebildet, als Zeichen des geheilten Hamerschen Herdes
- allgemeine Ödemausschwemmung: Gewichtszunahme abzgl. Wasserauslagerung

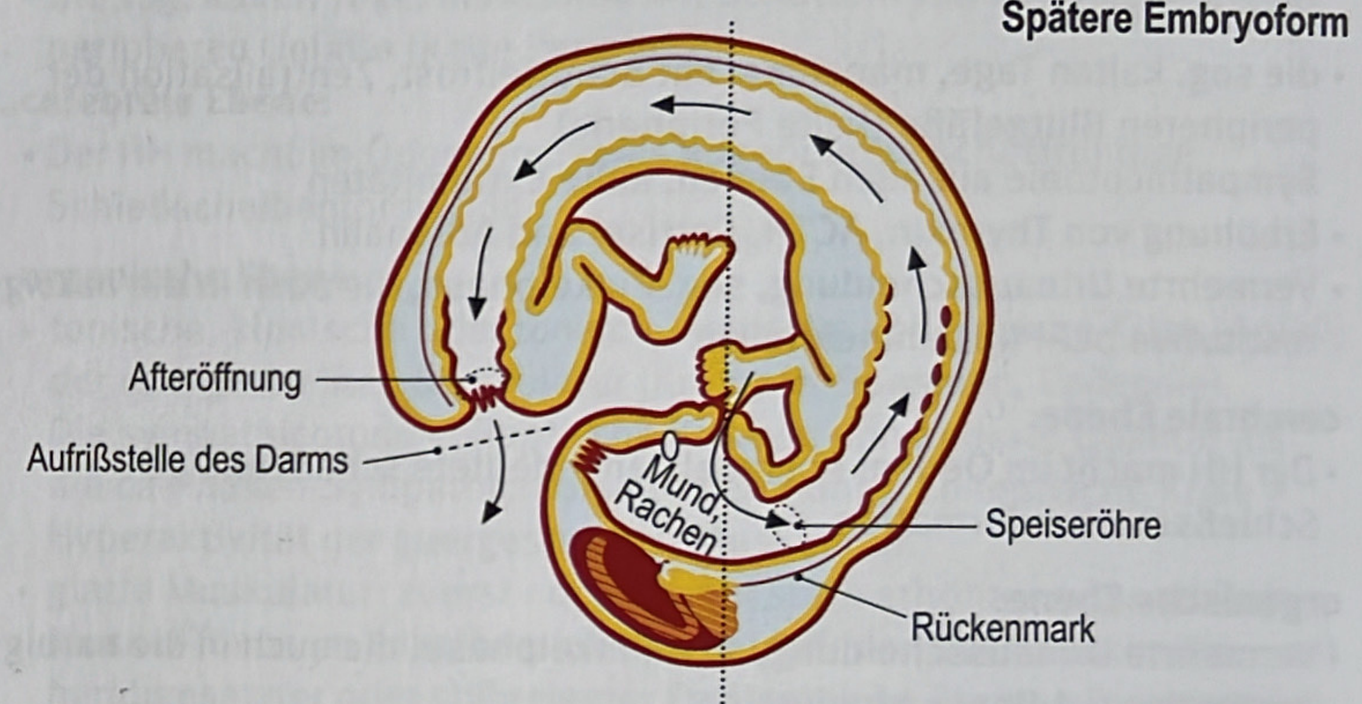
C. organische Ebene:
- Anhalten der in der epileptischen/epileptoiden Krise eingesetzten vermehrten Urinaussscheidung (Pinkelphase = Diuresephase)
- langsames Verschwimmen und Verschwinden der Ödemringe um den HAMERschen OrganHERD (HOH)
- allgemeine Ödemausschwemmung: Gewichtszunahme abzgl. Wasserauslagerung
- bei quergestreifter Muskulatur: Wiederherstellung der Kontraktionsfähigkeit ab der epileptischen Krise
- narbig-restitutive Ausheilung im vorangegangenen Nekrose- oder Ulcera-Bereich.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Um die Funktion und Reaktion der Gewebearten unseres Mundes auch im Fall eines DHS zu verstehen, sollten wir in die Entwicklungsgeschichte schauen.

Die große entwicklungsgeschichtliche Revolution des Urwesens (Ringwesens)
Von der anfangs bestehenden archaischen Ringformation zur späteren Embryoformation





Zuerst ist es für uns wichtig, die archaischen Konfliktmechanismen aus der „Schlundzeit“ unserer Entwicklungsgeschichte zu verstehen.
Der archaische Ring war im Wesentlichen anfangs Darm.
Der Anfang war der Eintritt des Nahrungsbrockens auf der rechten Seite des Schlundes und das Ende des Darmtraktes war der Ausgang des Kotes auf der linken Seite des Schlundes.
Die ursprüngliche Anordnung des archaischen Ringes könnte uns zu dem Gedanken veranlassen, daß es ein einfacher Vorgang und Mechanismus war: Der Brocken muß auf der rechten Seite des Schlundes eingebracht werden und auf der linken Schlundseite der Kot eliminiert werden.
Aber in Wirklichkeit muß man es sich als sehr komplizierten Vorgang vorstellen, weil beides, Nahrungsbrocken und Kot, in der gleichen Schlundhöhle zusammenliefen. Die Schwierigkeit war: wenn der Nahrungsbrocken „versehentlich“ eliminiert wurde, war er endgültig verloren.

Die möglichen Konflikte für solche archaischen Wesen waren z.B.:

- keinen Brocken (mit dem Uraugenbecher) in Sicht haben,
- der Brocken wurde vielleicht nicht richtig aufgenommen oder versehentlich ausgeschieden,
- der Brocken wurde vielleicht nicht richtig weitertransportiert,
- der Brocken wurde vielleicht nicht optimal verdaut oder
- der Brocken wurde vielleicht nicht ordnungsgemäß ausgeschieden oder versehentlich wieder in den Darmeingangsschenkel der rechten Seite aufgenommen.

Um diesen lebenswichtigen Mechanismus optimal zu regulieren, hat Mutter Natur im Stammhirn ein höchst kompliziertes Innervations-System (siehe 12+1 Kopfnerven Tabelle der Germanischen Neuen Medizin) entwickelt.

Als nächstes müssen wir uns Gedanken darüber machen, in welcher übertragenen Form wir diese alten archaischen Konflikte in unserem täglichen Zivilisationsleben wieder auffinden können (ein Brocken ist heute nicht mehr ein Essensbrocken, sondern z.B. ein Haus, ein Arbeitsplatz, ein Erbe, ein gutes Rennpferd oder dgl.).

Die Ringform unserer entwicklungsgeschichtlichen Vorfahren ist aufgebrochen und dadurch zur heutigen Embryoform geworden. Durch diese Ruptur,

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

die außerhalb, aber sehr nahe an der linken Schlundseite passierte, bildete sich ein neues Ende des Darmtraktes, das heutige Rektum, während sich die erhaltene alte Schlundhöhle zum heutigen Mund und Rachen ausbildete, was weiterhin der Anfang des Darmtraktes blieb.

Die heutige tiefe Mundschleimhaut (unter der darüber liegenden Plattenepithel-Schleimhaut) bekommt auch heute noch ihre Innervation beiderseits aus dem jeweils gleichseitigen Stammhirn:

- Die **rechte Seite der tiefen Mundschleimhaut** wird innerviert von der rechten Stammhirnseite und regelt die Aufnahme des Nahrungs-Brockens, die weitere Einverleibung und Verdauung.

- Die **linke Seite der tiefen Mundschleimhaut** wird innerviert von der linken Stammhirnseite, muß aber heute nicht mehr wie im ehemaligen Schlund die Ausscheidung des Kotes regeln, die heute vom Rektum/After besorgt wird. Diese archaische Kot-Ausscheidungsfunktion treffen wir heute nur noch beim Vorgang des Erbrechens an.

Die Ruptur, die gewaltige **entwicklungsgeschichtliche Revolution**, passierte zu einem Zeitpunkt, als das Plattenepithel, das von der Großhirnrinde innerviert wird, bereits durch den Schlund eine unbekannte Strecke in den einführenden rechten Schenkel, jetzige Speiseröhre, eingewandert war und 12 cm (gilt für den späteren erwachsenen Menschen) in den ausführenden Schenkel des Magen-Darm-Trakts, heutiges Rektum, eingewandert war. So kommt es, daß wir heute noch vom After an aufwärts eine Plattenepithel-Schleimhaut nur bis 12 cm hoch vorfinden.

So sehen wir, daß die Relais dieser Plattenepithelschleimhaut des Rektums, der Vagina, des Gebärmutterhalses und -mundes, der Blase einschließlich Harnleiter und Nierenbecken-Schleimhaut (sog. Übergangsepithel) in der Großhirnrinde genau neben den Relais der Kiemenbogenabkömmlinge liegen (siehe rote Gruppe, sog. Hirnnerven), des damaligen Schlundes, die schon damals zusammen gelegen haben und immer noch zusammen liegen (siehe dazu Hirnnerven-Tabelle der Germanischen Neuen Medizin®).
Das Plattenepithel, das vom Schlund in den Darmtrakt eingewandert ist, überdeckt die Submucosa (= tiefe Darmschleimhaut) des gesamten Mundes (früheren Schlundes), überzieht ohne tiefe Darmschleimhaut die oberen 2/3 der Speiseröhre, die kleine Curvatur des Magens, den sog. Bulbus des Zwölffingerdarms, den großen Gallengang (Choledocus), die Gallenblase, die kleinen Gallengänge in der Leber, die Papille (Einmündungspforte des großen Gallengangs und des Bauchspeicheldrüsengangs) und den Pankreasgang selbst. Außerdem stammen aus dem Plattenepithel des Schlundes die α- und ß-Inselzellen der Bauchspeicheldrüse, sowie alle Abkömmlinge der Kiemenbögen und Kiemengänge und die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen des Mundes.

Die plattenepithelsensible wie motorische Innervation des gesamten „Darmausgang-Systems“ (Rektum, Vagina mit Gebärmutterhals, Blase mit ableitenden Harnwegen) mußte nach dem „Aufriß des Ringes“ durch das Rückenmark neu verkabelt werden. Deshalb sind diese Teile auch gelähmt bei einer sog. Querschnittslähmung.

Summa summarum: Im heutigen Mund finden wir also 2 verschiedene sensorische Innervationen und 2 motorische Innervationen, jeweils vom Stammhirn und vom Großhirn. Dabei stammen die Innervationen jeder Seite des Mundes für die Submucosa (= alte Darmschleimhaut) und für die glatte Muskulatur aus der gleichen Seite des Stammhirns. Dagegen stammt die Innervation jeder Seite für das oberflächliche Plattenepithel und die quergestreifte Muskulatur jeweils aus der gegenüberliegenden Großhirnseite. Auf der linken Mundseite z.B. essen wir den Nahrungsbrocken mit der Großhirninnervation, d.h. holen ihn herein, obwohl die Stammhirn-Innervation eigentlich dagegen läuft.
Auf der rechten Seite holen wir mit Großhirn- und Stammhirnseite den Nahrungsbrocken herein.
Entsprechend sehen wir bei den SBS des Mundes ganz verschiedene archaische SBS und Biologische Konflikte.
Dabei müssen wir noch zusätzlich berücksichtigen, daß die Pattenepitelschleimhaut genau wie die äußere Haut jeweils zwei Konfliktmöglichkeiten hat: bei der äußeren Haut z.B. eine Trennung vermeiden wollen und eine Trennung herbeiführen wollen. Enstprechend auch im Mund:

- einen Brocken hereinholen wollen und/oder
- einen unerwünschten oder ungeeigneten Brocken oder Gegenstand loswerden (= ausspeien) wollen.

Im Falle eines SBS ist die Sensibilität der Plattenepithelhaut, die aus der **äußeren Haut** ausgewandert ist – in die Bronchien, Kehlkopf, Milchgänge, Nase, Linse und Cornea des Auges, sowie in den äußeren Gehörgang, originär zum Äußeren-Haut-Schema gehörig (**ca-Phase:** Taubheit; **pcl-Phase:** Hyperästhesie und Schmerzen; **epileptoide Krise:** Taubheit und Absence).

Im Falle eines SBS, das die Plattenepithel-Sensibilität betrifft, die aus dem **Schlund in den ausführenden (linken) Darmschenkel** ausgewandert ist, also Plattenepithel-Schleimhaut des Rektums, der Blase einschießlich Uretra

+ Ureteren mit Nierenbecken-Schleimhaut, Vagina mit Gebärmutterhals und –mund, war die Innervation ursprünglich entsprechend dem Schlund-Schleimhaut Schema (**ca-Phase:** Ulcus und Schmerzen; **pcl-Phase:** Taubheit und Blutung; **epileptoide Krise:** Schmerzen und Absence). Aber durch die schlundnahe Ruptur des Rings auf der linken Seite des Schlundes, mußten diese Organe neu verkabelt werden und zwar durch das Rückenmark und zwar sowohl die sensorische, als auch die motorische Innervation der quergestreiften Muskulatur. Danach wurde die sensorische Innervation an die äußere Haut angeschlossen und verläuft jetzt nach dem Äußeren Haut-Schema (**ca-Phase:** Taubheit; **pcl-Phase:** Hyperästhesie und Schmerzen; **epileptoide Krise:** Taubheit und Absence).

Im Falle eines SBS, das die Plattenepithel-Sensibilität betrifft, die aus dem **alten Schlund in den einführenden (rechten) Schenkel** des Darmtrakts ausgewandert ist, also die Mundhöhle selbst, die oberen 2/3 der Speiseröhre, die kleine Curvatur des Magens, verbunden mit dem Bulbus des Zwölffingerdarms, dem großen Gallengang (Choledochus), der Gallenblase, den kleinen intrahepatischen Gallengängen, dem Pankreasgang einschließlich der Papille (= Zusammenfluß von Gallengang und Pankreasgang in den Zwölffingerdarm), den Kiemengängen und den Kiemenbogen mit ihren Derivaten (Koronararterien und –venen, dem Aortenbogen und den Carotisarterien), verlaufen alle nach dem Schlund-Schleimhaut-Schema (**ca-Phase:** Ulcera, Hyperästhesie und Schmerzen; **pcl-Phase:** Taubheit; **epileptoide Krise:** Hyperästhesie, Schmerzen, Blutung und Absence).
Da gewöhnlich stets auch die begleitende quergestreifte Muskulatur mit betroffen ist, sehen wir in der epileptischen Krise auch klonische und/oder tonische (andauernder Krampf) Koliken, Krämpfe, Angina Pectoris, etc.

Das Plattenepithel, das heute die alte Darmschleimhaut (Submucosa) des Mundes bedeckt, stammt vom Plattenepithel des Periosts der Stirnhöhle, der Kieferhöhle und der Siebbeinhöhle. Das Plattenepithel auf dem Periost, das in der Entwicklungsgeschichte ursprünglich das gesamte Skelett umhüllt hat, wurde aber entwicklungsgeschichtlich schon sehr früh (d.h. ontogenetisch nach der 1. - 2. Schwangerschaftswoche) wieder abgebaut, weil es nicht mehr nötig war.

Geblieben ist es

a) nur, wie ich schon vorher erwähnt habe, als einziges originäres Periost-Plattenepithel, das wir heute noch sehen: das Plattenepithel auf dem Periost der Stirn- , Kiefer- und Siebbeinhöhle, die Haut der Eichel des Penis und der Klitoris. Dieser Baculum oder Penis-Knochen genannte Skelett-Teil ist bei den Tieren häufiger anzutreffen, bei den Menschen nur selten, als rudimentäres Relikt.

b) als doppeltes Nervengitter (des ursprünglichen Plattenepithels), das weiterhin das gesamte übrige Skelett, bzw. Periost, umhüllt.

So, wie wir auch in der äußeren Haut zwei Schichten vorfinden: eine oberflächliche, die in der ca-Phase beim Trennungskonflikt Neurodermitis macht, in der pcl-Phase Schwellung, Pruritus und Exanthem; und die tiefe Schicht, die in der ca-Phase beim häßlichen Trennungskonflikt Vitiligo macht, in der pcl-Phase Scharlach, – so sind auch hier eine tiefe und eine oberflächliche Schicht der übrig gebliebenen Nervengitter vorhanden:

a) das tiefe Nervengitter ist zur schmerzhaften Registrierung eines Periost-Ödems in der pcl-Phase, der Rekalzifizierung einer Knochenosteolyse;

b) das oberflächliche Nervengitter macht – entsprechend dem Schlund-Schleimhaut-Schema – in der ca-Phase Schmerzen (**kalte Schmerzen!**), was wir **Rheuma** nennen. In der pcl-Phase ist zwar das Rheuma verschwunden, aber in der epileptoiden Krise ist es nochmals kurzfristig besonders stark. In der ca-Phase und in der epileptoiden Krise hat der Patient nicht nur stechende Rheumaschmerzen, sondern auch z.B. kalte Füße, obwohl sich die Füße äußerlich nicht kalt anfühlen.

Im Falle einer Knochenfraktur, z.B. bei einem Unfall ohne SBS, reagiert die tiefe Nervengitterschicht schmerzhaft bei jeder Bewegung, bzw. Verschiebung der Frakturenden und zwingt dadurch das Individuum, das gebrochene Glied in Schonhaltung und Ruhe zu belassen. Das ist wiederum auch die Voraussetzung für die Heilung des Knochens.

Bei den Schlund-Schleimhautabkömmlingen können wir eine Funktion der tiefen Nervenschicht des ursprünglichen Periosts nicht mehr erkennen.

P.S.: Ursprünglich war wohl das Periost-Nervengitter-Relais auf der Oberseite der beiden Großhirnhemisphären zusammenhängend. Entwicklungsgeschichtlich ergab sich die Notwendigkeit zweier neuer Hirnteile für die Sensorik der äußeren Haut und die Motorik der quergestreiften Muskulatur. Diese beiden Hirnteile wurden wie zwei große Keile als sensorisches und motorisches Rindenfeld eingezogen, wodurch das Gehirn seine Rundung erhielt.

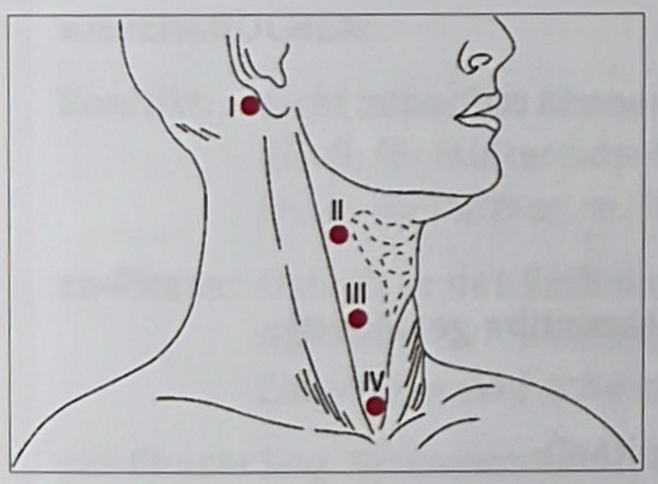
® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Der exakte Beweis für den Aufriß der Ringform

Vor dem Aufriß der Ringform, der entwicklungsgeschichtlichen Revolution, an deren Ende die Embryoform stand, waren ja die Verhältnisse folgendermaßen geordnet:

a) Die linke Schilddrüse gab Thyroxin in die linke Schlundseite ab, sprich ins jetzige Rectum. Das steht auch in allen Büchern der Entwicklungsgeschichte, daß die Schilddrüse ursprünglich eine exokrine Drüse war und ihr Hormon in den Darm abgegeben hat, also die linke Schilddrüse in den Kot ausführenden linken Schenkel.
Das Thyroxin wirkte auch lokal beschleunigend bei der Ausscheidung des Kotes. **Als strengen Beweis dieses Aufrisses finden wir die (Plattenepithel-) Ausführungsgänge der linken Schilddrüse heute noch als sog. Analfisteln besser para-Analfisteln wieder.**

b) Die rechte Schilddrüse gab ihr Hormon in den einführenden (rechten) Darmschenkel. Dieser blieb ja am Schlund und bildet heute den Oesophagus etc., sprich den obersten Magen-Darm-Trakt. **Als Beweis des Aufrisses der Ringformation finden wir heute noch als gelegentliche Öffnung dieser Ausführungsgänge die sog. „Halsfisteln", und zwar stets auf der rechten Seite!**



Typische Lage der Halsfisteln immer nur rechts aus Pschyrembel, Medizin-Lexikon, 4. Auflage, Seite 693.

Drei Besonderheiten:

1. Nach dem Aufriß der Ringformation wurde die **Schilddrüse** eine endokrine Drüse, die das Thyroxin direkt ins Blut abgab. Die para-analen alten Schilddrüsengänge waren überflüssig. Sie wurden bei der Neuverkabelung auch dem ÄH-Schema angeschlossen. Machen Jucken und Schmerzen in der pcl-Phase. **Konfliktinhalt:** Ohnmächtigkeitskonflikt oder Frontalangstkonflikt (Neuauflage der Wissenschaftlichen Tabelle).

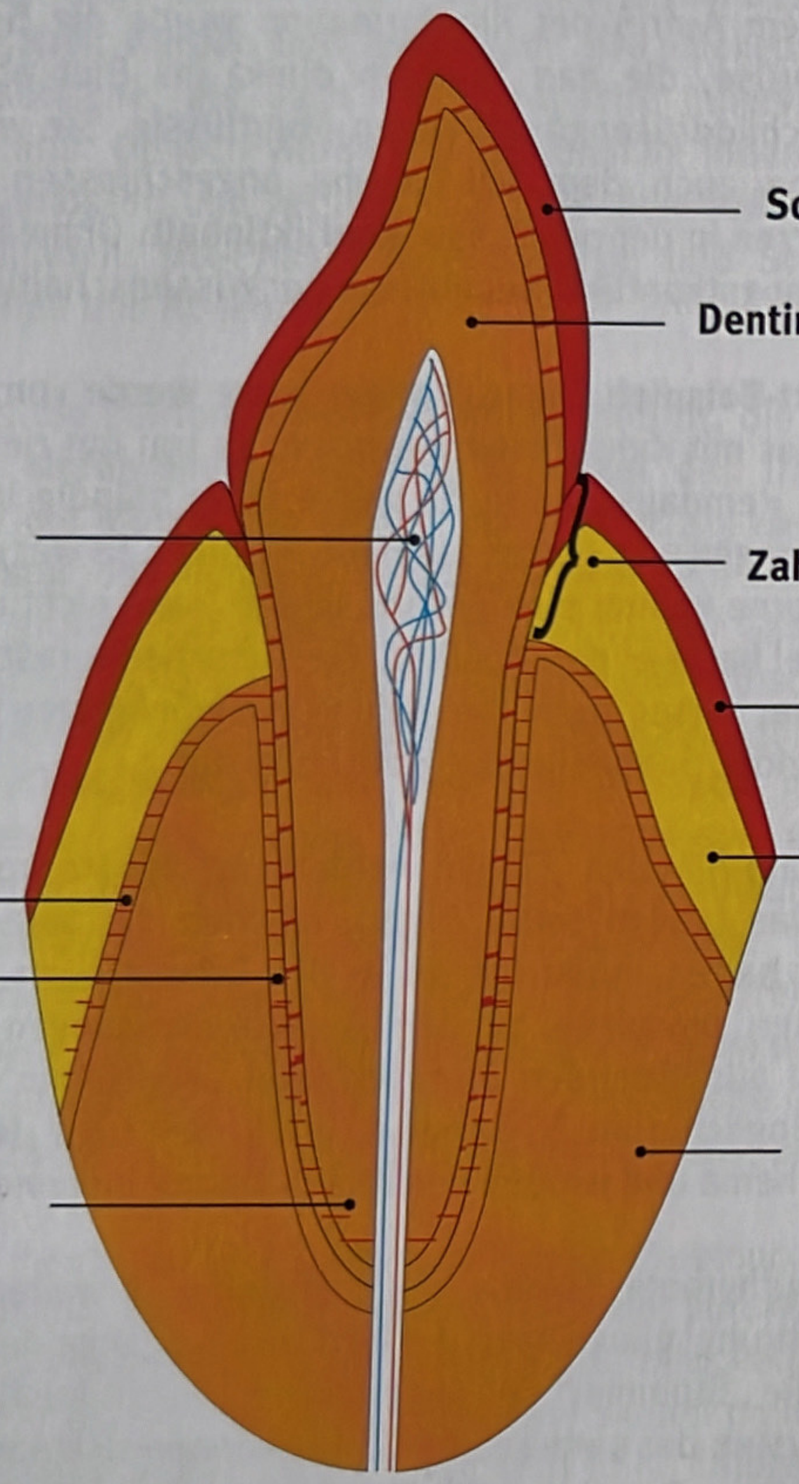
   Konflikt-Beispiel: Ein 14-jähriger Junge wurde vom älteren Bruder seines Freundes mit Kuhscheiße beworfen. Es traf ihn zielsicher und drang auch in den Hemdausschnitt. Er, der 9 Jahre ständig in der Familie aus- und eingegangen war, betrat das Haus nie mehr. Es war ein Frontalangstkonflikt (von vorne kommt eine Gefahr, und er kann nicht ausweichen). In diesem Beispiel hatte er den Konflikt, die Kuhscheiße rasch loswerden zu wollen. **Schiene:** immer, wenn ihn jemand mit kränkenden Worten bewarf, hatte er ein Rezidiv. Schließlich ging die Fistel auf.

2. Die para-rektalen Fisteln werden von rechts frontal innerviert. Da wir aber das (abgerissene) Organ, nämlich die para-analen Gänge, nie gesehen hatten, habe ich es in der Tabelle auch nie berücksichtigt. Sie gehörten archaisch zu den Ausführungsgängen der linke Schilddrüse in den ausführenden Darmschenkel unmittelbar vor dem Schlund, also ursprünglich zum SS-Schema, jetzt aber nach der Neuverkabelung zum ÄH-Schema und werden von rechts-frontal innerviert.

3. Die euthyreote Struma der zystischen Erweiterung der Schilddrüsenausführungsgänge kann die Ausführungsgänge der rechten (Darmeingang) und die „Stummel" der abgerissenen linken Ausführungsgänge betreffen. Die Zysten der para-analen Gänge können sich nach außen oder/und nach innen (sog. Douglas = Bauchhöhle) entleeren. Im letzteren Fall besteht für einen Aszites ein direkter Abfluß nach außen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Der Zahn mit Zuordnung zu den Keimblättern



Schmelz

Dentin = Zahnbein = Zahnknochen

Pulpenhöhle
(Nerven für Schmelz,
Nerven für Periodont,
Nerven für Dentin,
Arterien und Venen)

Zahnhals

oberflächliche Mundschleimhaut
(Plattenepithel, Ektoderm)

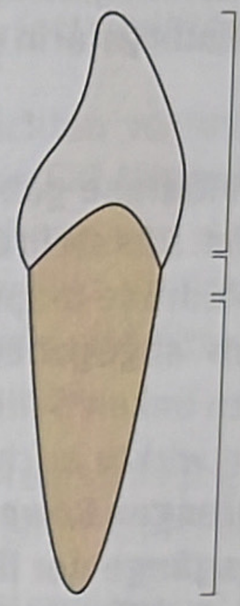
Alte Darmschleimhaut = sog. Submucosa
(Zylinderepithel, Entoderm)

Knochen-Periost

Zement
= Knochen-Periost

Periodont
= Dentin-Periost

Kieferknochen



Krone

Hals

Wurzel

Schneidezahn

zusammen **Gingiva**
(Zahnfleisch)

INNERES KEIMBLATT (Entoderm, Stammhirn gesteuert):

ALTE DARMSCHLEIMHAUT (Zylinderepithel):

Konflikte:
Schleimhaut um linke Zähne: **für Kotbrocken „loswerden“**
Schleimhaut um rechte Zähne: **für Nahrungsbrocken „reinholen“**

ca-Phase: Zellvermehrung („Tumor“)

pcl-Phase: Tbc-Verkäsung des Tumors (falls Mykobakterien vorhanden)

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

MITTLERES KEIMBLATT (Mesoderm, Großhirnmarklager gesteuert):

ZAHNDENTIN:

Dentin = Zahnbein = Zahnknochen, verhält sich genau wie Knochen;

Konflikt: **nicht zubeißen können**
RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner
LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind

ca-Phase: Dentinloch = Dentin-Karies

pcl-Phase: Rekalzifizierung des Dentinlochs
mit Syndrom, starke Schwellung

KIEFERKNOCHEN:

Konflikt: **nicht zubeißen können**
RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner
LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind

ca-Phase: Osteolyse des Kieferknochens: Zahn wackelt, dadurch Ablösung der Schleimhaut;
Zahnhälse sind scheinbar länger (sichtbar) = Parodontose

pcl-Phase: Sog. Spitzenabszess,
Mini-Leukämie,
Osteomyelitis, wenn Osteolyse offen war;
Bei Syndrom: Backe stark geschwollen

Therapie: Feststellung der Zähne durch dorsale Verbindung der wackeligen Zähne mit den nebenstehenden festen Zähnen durch Metallband und Zahnkleber von hinten.

ÄUSSERES KEIMBLATT (Ektoderm, von Großhirnrinde gesteuert):

SCHMELZ (Plattenepithel)
= entwicklungsgeschichtlich verfestigtes Plattenepithel, enthält Sensibilität!

Konflikt: nicht zubeißen dürfen;
RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner
LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind

Der Sensibilitätsverlauf im SBS folgt dem Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema), d.h.:

ca-Phase: Zahnschmelz-Loch (= Plattenepithel-Ulcera), bzw. Schmelzdefekt (sog. Karies) mit **Hyperästhesie (Schmerz)**

pcl-Phase: vor und nach epileptoider Krise: Zellvermehrung zur Gewebe-Restitution **ohne Schmerz (Taubheit)**, bzw. Wiederauffüllung des Schmelzdefektes

Epileptoide Krise: Schmerzkrise mit Absence

MUNDSCHLEIMHAUT (Plattenepithel; SS-Schema):

Konflikt: Trennungskonflikt, eine Trennung vermeiden wollen und/oder eine Trennung herbeiführen wollen. Entsprechend auch im Mund:
- einen Brocken hereinholen wollen und/oder
- einen unerwünschten oder ungeeigneten Brocken oder Gegenstand losweden (= ausspeien) zu wollen
  RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner
  LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind

Der Sensibilitätsverlauf im SBS folgt dem Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema), d.h.:

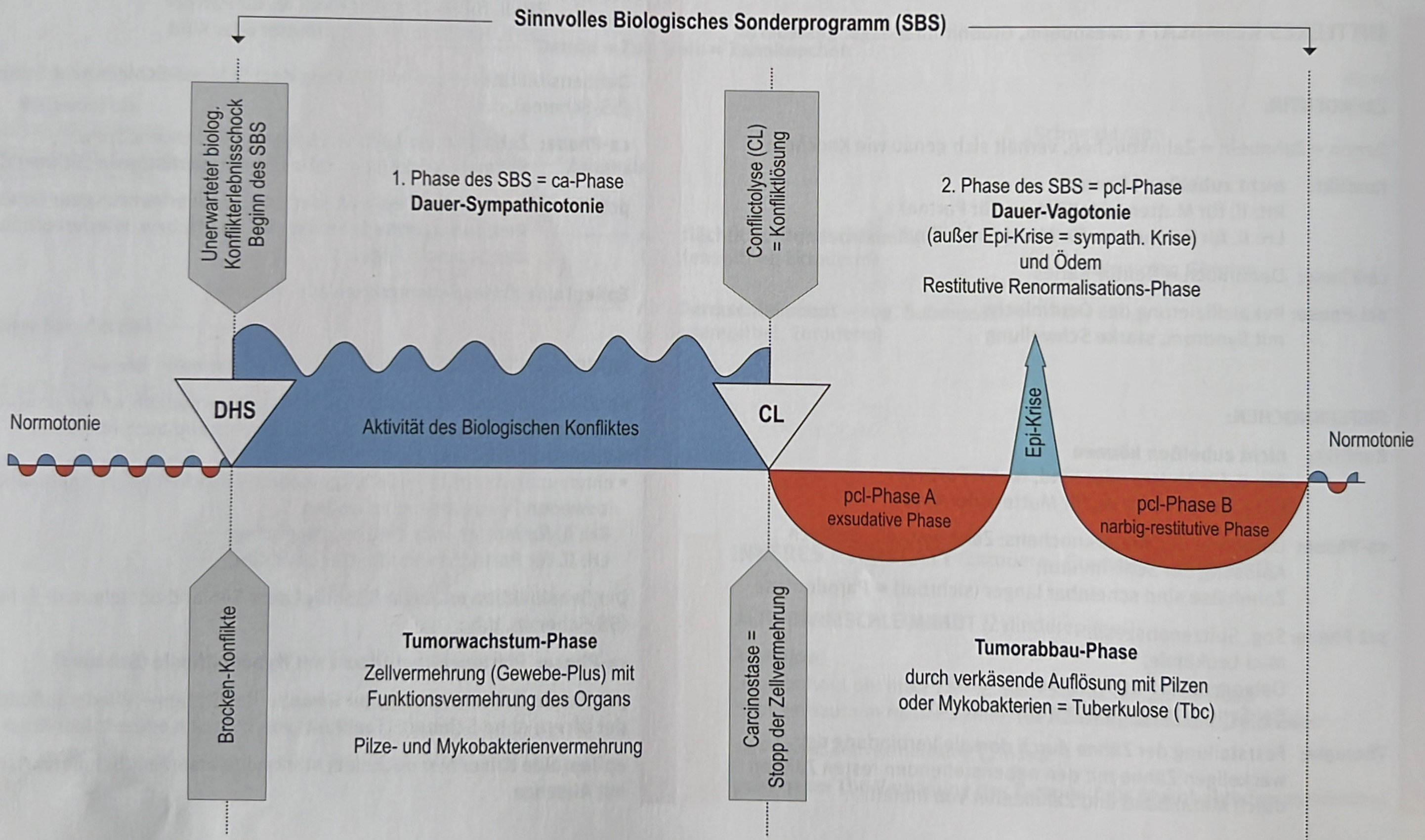
ca-Phase: Plattenepithel-Ulcera mit **Hyperästhesie (Schmerz)**

pcl-Phase: Zellvermehrung zur Gewebe-Restitution = Wiederauffüllung der Ulcera ohne Schmerz (Taubheit) vor und nach epileptoider Krise

epileptoide Krise: hier nochmals stärkere Schmerzen (**Schmerzkrise**) mit Absence

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

ENTODERM
Inneres Keimblatt



® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

ENTODERM
Inneres Keimblatt

Die Zellen, bzw. Organe, die sich aus dem inneren Keimblatt entwickelt haben, haben ihre Relais, ihren Steuerungsplatz, von wo aus sie dirigiert werden, im Stammhirn, dem allerältesten Teil des Gehirns. Von ihm werden im wesentlichen der gesamte Magen-Darm-Trakt (mit Ausnahme der später eingewanderten ektodermalen Teile) mit seinen Anhangsorganen, z. B. auch Alveolen, Leber- und Pankreas-Parenchym, Uterus, Prostata, Nierensammelrohre oder die Speicheldrüsen des Mundes gesteuert.
Die Korrelation vom Gehirn zum Organ ist nicht gekreuzt.

Im Stammhirn hat die Links- und Rechtshändigkeit keine Bedeutung.
Im Stammhirn gilt:
RECHTE Stammhirnseite für Brocken-Aufnahme = EINGANG
LINKE Stammhirnseite für Kot-Ausscheidung = AUSGANG

Biologischer Konfliktinhalt bei DHS: Bei den archaischen, ältesten Konflikten unseres Organismus geht es immer um den Brocken (Brocken-Konflikte) bzw. darum, den Brocken zu bekommen, den Brocken hinunterzuschlucken, den Brocken weiterzutransportieren, zu verdauen und den Kot ausscheiden zu können; z. B. den Hör-Brocken (Informations-Brocken), den Luft-Brocken (Atem-Brocken), den Nahrungs-Brocken, das Verdauen des Brockens, die Ausscheidung des Kot-Brockens oder das Festhalten des Wasser-Brockens beim Flüchtling- oder Existenz-Konflikt, wenn der Fisch aufs Trockene geworfen ist.

Entodermales Gewebe: Zylinderepithel (Darmschleimhaut)

Mikroben: Beginn der Vermehrung der Mykobakterien (z.B. Tbc) und Pilze vom DHS bis zur Conflictolyse (CL).

Ca-Phase (sympathicotone Phase):
Tumorwachstum = Zellvermehrung (Gewebe-Plus) mit Funktionsvermehrung des Organs als sinnvolles Geschehen zur Lösung des Konfliktes. Gleichzeitig vermehren sich Pilze und Pilzbakterien (säurefeste Tuberkel-Mykobakterien) synchron mit der Zellteilungsrate am Organ, obgleich sie erst nach der Conflictolyse mit ihrer Abbauarbeit beginnen dürfen.

In der ca-Phase bilden sich entweder blumenkohlartig wachsende Adeno-Karzinome (Adeno-Ca) der sekretorischen Qualität oder flachwachsende Adeno-Karzinome der resorptiven Qualität. Histologisch sind alle Karzinome Adeno-Karzinome und zwar ohne Ausnahme.

Der biologische Sinn liegt in der ca-Phase: Es bildet sich ein kompakter Tumor mit vermehrter Organfunktion, um den Konflikt zu lösen. D.h. der Tumor ist ein biologisch sehr sinnvolles Geschehen.

Wenn der Patient es schafft, eine Lösung seines Konfliktes zu erreichen (**Konfliktlösung** = CL), dann stoppt die Zellvermehrung (stoppt das Tumorwachstum = Carcinostase) und er kommt in die pcl-Phase (restitutive Renormalisierung-Phase).

Pcl-Phase (vagotone Phase, außer Epi-Krise):
Es gibt zwei Möglichkeiten:

a) biologische Heilungsphase durch Tuberkulose: Die kompakten Tumoren des inneren Keimblatts (Entoderm) können von den Pilzen und Pilzbakterien (Mykobakterien) nur während der vagotonen pcl-Phase durch verkäsende Nekrotisierung abgebaut werden. Was bis zum Ende der Heilungsphase nicht abgebaut ist, bleibt. Da die Mikroben sich nur in der konfliktaktiven Phase vermehren und zwar entsprechend dem Tumorwachstum, nützen sie einem Sinnvollen Biologischen Sonderprogramm nichts, wenn der Organismus sie erst in der pcl-Phase bekommt.
Wenn der Patient glücklicherweise schon vor dem DHS Mykobakterien (Tbc-Bakterien) hatte, dann setzt jetzt die Organtuberkulose ein, mit dem typischen Nachtschweiß gegen Morgen.

b) unbiologische Heilungsphase:
Wenn keine Tuberkelbakterien während der pcl-Phase vorhanden sind (wegen fälschlich gut gemeinter Hygiene in der Zivilisation), dann muß Mutter Natur den Tumor, der nun nicht mehr gebraucht wird, dort belassen, wo er gewachsen ist (biologischer Zellabbau bleibt aus). Der Tumor wächst jedoch nicht mehr weiter (macht von der CL ab keine Mitose mehr), verschwindet aber auch nicht.

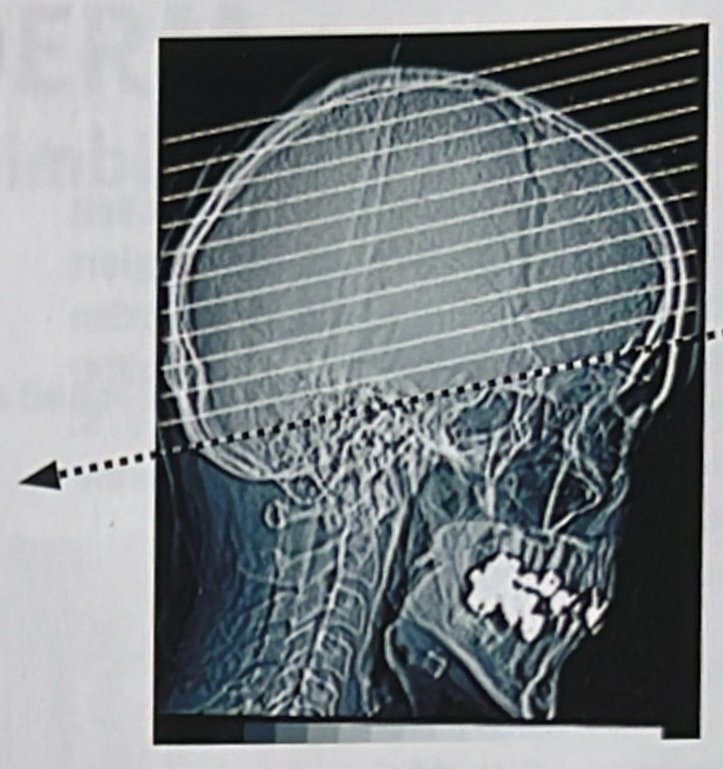
® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Die entodermale glatte Muskulatur (z.B. des Darms und des Uterus) verhält sich ganz anders als die mesodermale quergestreifte Muskulatur.

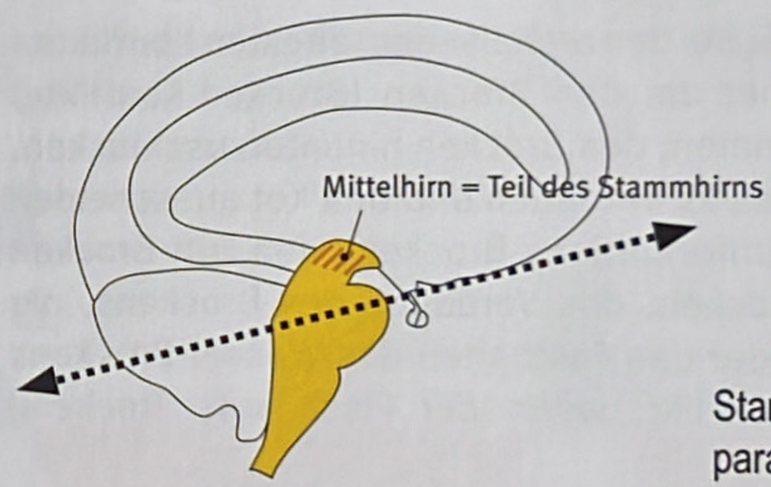
Die entodermale glatte Muskulatur hat eine Ausnahmestellung, da sie von einem besonderen Teil des Stammhirns, dem **sog. Mittelhirn** (= Übergang vom Stammhirn zum Großhirn), gesteuert wird. Sie macht, wie die anderen vom Stammhirn gesteuerten Organe, in der konfliktaktiven Phase Zellvermehrung, aber in der pcl-Phase wird die lokale Zellvermehrung der glatten Muskulatur nicht wieder abgebaut, sondern bleibt (z.B. das Myom des Uterus, was eine bessere Muskelarbeit des Uterus bei der Geburt bewirkt).

Konflikt: ungenügende Peristaltik

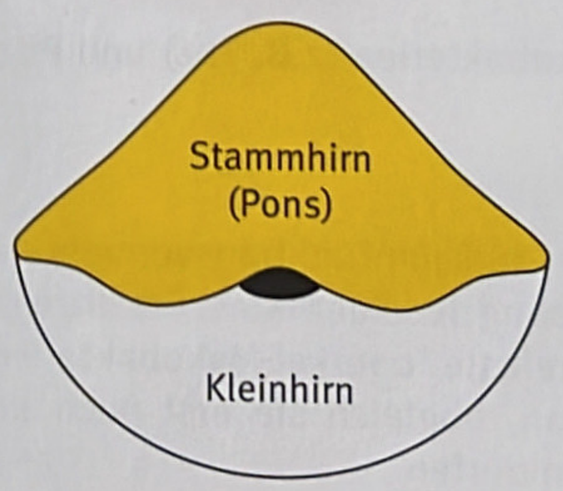
Die **ca-Phase** der glatten Darmmuskulatur haben wir früher in unserem Unverständnis „paralytischer Darm-Ileus" genannt. Das war falsch. Eine Lähmung der glatten Muskulatur gibt es nicht. Ausnahme: toxisch durch Morphin.



Standard-Hirn-CT (CCT = cerebrales CT) parallel zur Schädelbasis



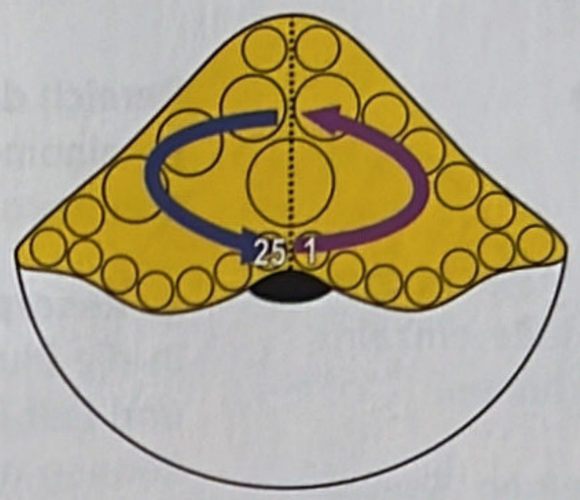
Standard-CT-Schnitt durch Pons parallel zur Schädelbasis



Schnitt durch das Gehirn wie oben, als Schema, parallel zur Schädelbasis

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

25 Relais für das Darm-Zylinderepithel (sog. Submucosa) unter dem Plattenepithel des linken Mundes mit der linken Zunge und dem linken Rachen.
All diese Organe sind ursprünglich Teile der rechten Seite des alten Schlundes.



1 Relais für das Darm-Zylinderepithel (sog. Submucosa) unter dem Plattenepithel des rechten Mundes mit der rechten Zunge und dem rechten Rachen.
All diese Organe sind ursprünglich Teile der rechten Seite des alten Schlundes.

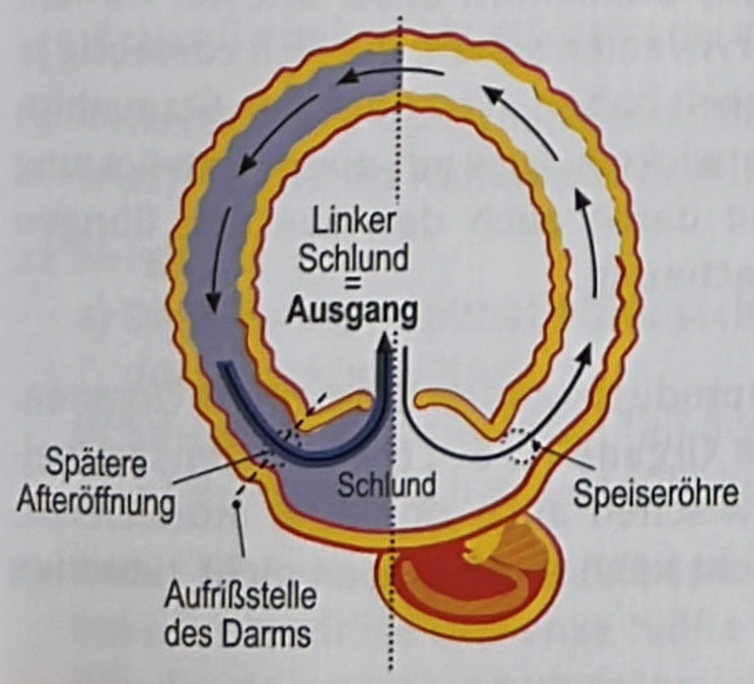
Die entodermalen Organe des Darm-Trakts

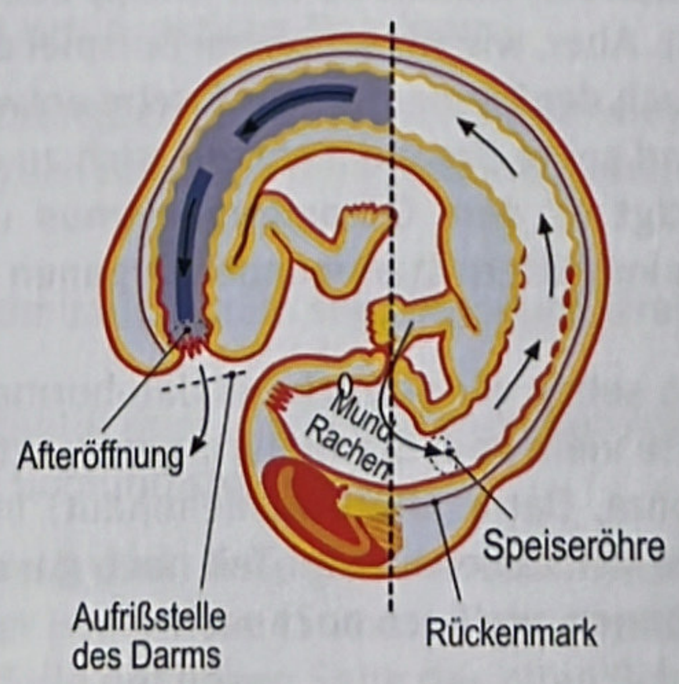
Die linke Hälfte = AUSGANG des Kotbrockens:

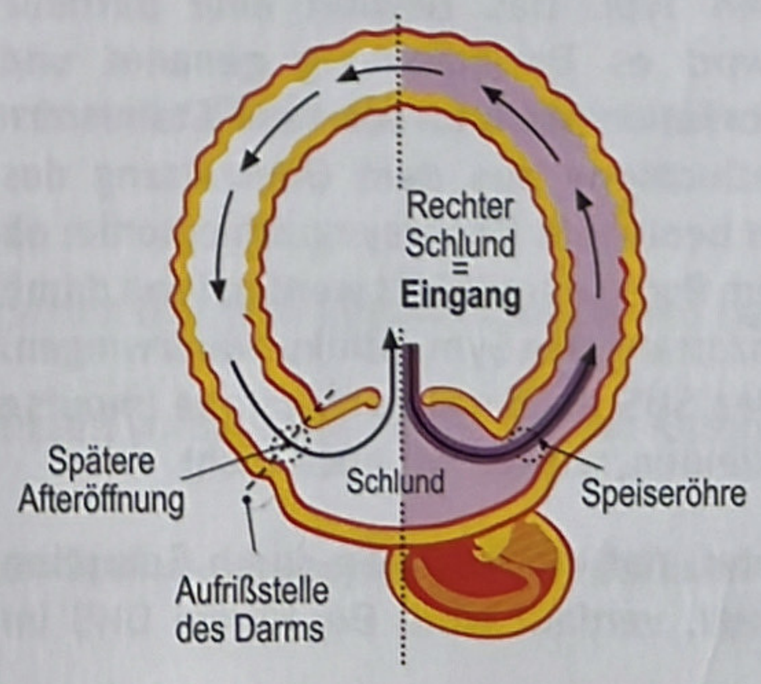
Sammelrohre der linken Niere, Blinddarm + Appendix, aufsteigender Dickdarm (Colon ascendens), Quer-Dickdarm (Colon transversum), absteigender Dickdarm (Colon descendens), Mastdarm (Sigmoid), Darmschleimhaut-Insel unter der Plattenepithelschleimhaut des Rektums, Darm-Zylinderepithel-Blasenschleimhaut im sog. Trigonum (Dreieck), Eileiter-Schleimhaut, Gebärmutterkörper-Schleimhaut (Decidua), Vorsteherdrüse (Prostata), die schleimbildenden Bartholinischen Drüsen der Scheide (Vagina), Smegma produzierender Teil des hinter der Eichel gelegenen Bereichs der unteren Vorhaut des Penis und der Klitoris, Alveolen und die Schleimdrüsen (Bronchien) der linken Lunge, linker Schilddrüsenlappen mit Nebenschilddrüsen, tiefe Darmschleimhaut des linken Mundes, einschließlich der linken Zungenhälfte und des linken Rachens, linkes Mittelohr, Unterzungenspeicheldrüse links, linke Ohrspeicheldrüse, Tränendrüse des linken Auges, Uraugenbecher des linken Auges (Chorioidea, besser Enteroidea), linke Hälfte der Somatohypophyse (Vorderhypophyse)

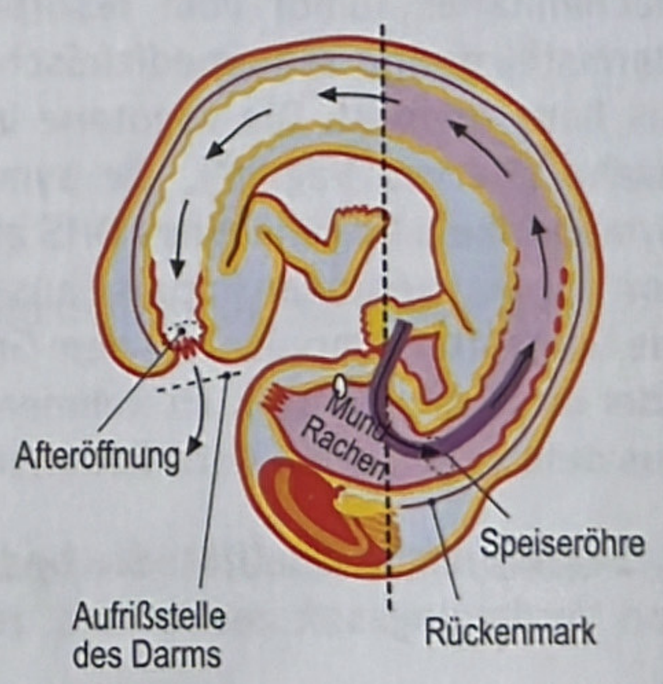
Die rechte Hälfte = EINGANG des Nahrungsbrockens:

rechte Hälfte der Somatohypophyse, Uraugenbecher des rechten Auges (Chorioidea, besser Enteroidea), Tränendrüse des rechten Auges, Ohrspeicheldrüse rechts, Unterzungenspeicheldrüse rechts, tiefe Darmschleimhaut des rechten Mundes, einschließlich der rechten Zungenhälfte und des rechten Rachens, rechtes Mittelohr, rechter Schilddrüsenlappen mit Nebenschilddrüsen, Alveolen und die Schleimdrüsen (Bronchien) der rechten Lunge, das untere Drittel der Speiseröhre, Magen (außer kleiner Curvatur, Pylorus und Bulbus duodeni), Zwolffingerdarm, Leber- und Pankreas-Parenchym, oberer Dünndarm (Jejunum), unterer Dünndarm (Ileum) und Sammelrohre der rechten Niere.









Die 6 Qualitäten der Stammhirn-gesteuerten Organe des Magen-Darm-Trakts

Wir kennen bei den vom Stammhirn innervierten Organen des Magen-Darm-Traktes mindestens 4, wahrscheinlich aber 6 Qualitäten, die jede einzelne ein DHS erleiden und einen HH im Gehirn (Stammhirn) bilden können:

1. Sensorische Qualität: Sie bedeutet die Prüfung der einzelnen Speisebrocken auf ihre chemische Zusammensetzung (Fett, Eiweiß, Zellulose etc.). Über die diesbzgl. Konflikte, „einen Brocken nicht analysieren zu können", wissen wir noch fast nichts. Bei einem DHS im Bereich dieser Qualität, finden wir im oberen Teil des Magen-Darm-Traktes eine Inversion der Darmperistaltik (= Peristaltik in umgekehrter Richtung, Würgereflex) und im unteren Teil eine Beschleunigung (sog. Brech-Durchfall).

2. Motorisch-peristaltische Qualität (s. Mittelhirn): Sie bedeutet die Peristaltik, die den Brei weiterschiebt.
Die längsverlaufende Darmmuskulatur (Dilatations-Muskulatur) wird überwiegend vom sympathischen Grenzstrang versorgt. Die ringförmige Darmmuskulatur wird überwiegend vom Vagus (Pons) vagoton versorgt. Durch diesen dauernden alternierenden Rhythmus (wie bei einem Zylindermotor) entsteht (auch mit Hilfe der Luftproduktion) die typische „Peristaltikwelle" des Darms, die den Brocken bei Bedarf weiter schiebt (gleiches Prinzip wie bei der Iris!). Im Falle eines DHS im Bereich dieser Qualität wird überwiegend die längsverlaufende Muskulatur innerviert. Dadurch wird der Darm ausgedehnt (weniger zirkulär kontrahiert). Die Peristaltikwelle wird stark herabgesetzt, damit der Brocken besser resorbiert werden kann (flacher, flächenhafter Tumor vom resorptiven Typ). Das bewirkt eine partielle Darmstillegung, schulmedizinisch wird es Darmlähmung genannt und als Ileus operiert. Die vagotone Innervation stammt aus dem Stammhirn (siehe „Nervus Vagus"), die sympathicotone aus dem Grenzstrang des Sympathikus. Im Falle eines DHS aber besteht ja Dauersympathicotonie: ob nun nur die vagotonen Impulse aus dem Pons unterdrückt werden (und damit die Grenzstrangimpulse aus dem Grenzstrang des Sympathikus überwiegen) oder ob in diesem Fall, im Rahmen des SBS auch sympathikotone Impulse aus dem veränderten Pons kommen können, wissen wir noch nicht.

3. Sekretorische Qualität: Sie bedeutet, daß der Brocken durch Sekretion von Verdauungssaft zerkleinert, zerlegt, verdaut wird. Bei einem DHS im Bereich dieser Qualität finden wir die blumenkohlartig wachsenden Adeno-Karzinome, die für die Vermehrung der Sekretion an dieser besonderen Stelle proximal des zu großen Brockens sorgen.

4. Resorptive Qualität: Sie bedeutet, daß die Nahrungsstoffe vom Darm in die Blut- und Lymphbahn aufgenommen werden. Aber auch die Wasser- und Luft-Rückresorption gehören dazu. Ein DHS im Bereich dieser Qualität können wir einstweilen nur organisch grob zuordnen, z.B. wird das Wasser im Bereich des Colon rückresorbiert, aber die Konfliktqualitäten der SBSe im Einzelnen bleiben uns noch zu erforschen. Bei einem DHS im Bereich dieser Qualität finden wir den flachen, flächenhaft wachsenden Tumor vom resorptiven Typ.

5. Exkretorische Qualität: Diese Qualität beinhaltet, daß der Darm Giftstoffe und sonstige im Blut nicht erwünschten Stoffe, soweit von den Nieren nicht ausscheidbar, durch den Darm in den Kot ausscheidet, z.B. die Blutabbauprodukte werden z. T. als Galle sekretorisch ausgeschieden. Die 4 Ausscheidungsarten sind: Nierenausscheidung – Kotausscheidung – Schweißausscheidung und Atemausscheidung.

6. Hormonproduktionsqualität: Eine 6. Qualität finden wir bei besonderen Stammhirn-Organen wie Schilddrüse, Somato-Hypophyse und Epiphyse= Zirbeldrüse (im Grunde lauter ursprüngliche Darmorgane), nämlich eine Hormonproduktion, die den gesamten Körper betrifft.

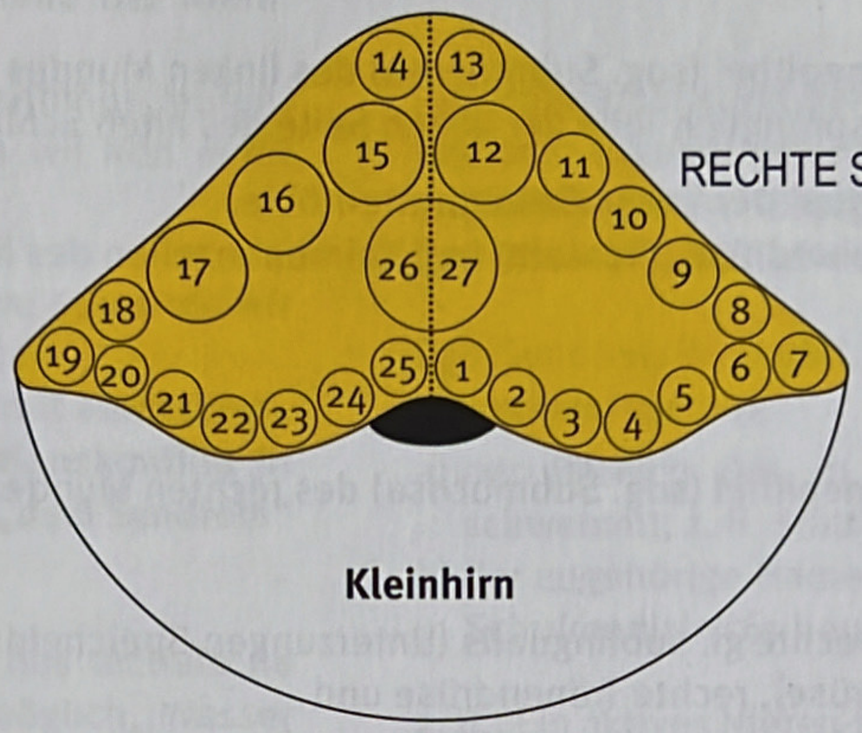
Diese hormonbildenden Organe scheinen aus der „jüngeren Stammhirn-Entwicklungszeit" zu stammen, denn wir sehen, daß die Hormone auch auf die Funktionsweise der Organe der anderen Keimblätter Einfluß nehmen. Natürlich stimmt es im Prinzip, daß das Stammhirn unser ältester Hirnteil ist. Aber, wie wir schon am Beispiel der Alveolen sehen, die sich eindeutig ja nach der Kiemenzeit der Fische entwickelt haben, hört auch das Stammhirn und seine Organe nicht auf, sich zu entwickeln. Und mit dieser Entwicklung trägt es dem Gesamtorganismus und damit auch den aus den übrigen Keimblättern stammenden Organen Rechnung.

So sehen wir es auch bei den hormonproduzierenden Stammhirn-Organen. Wie viele vom Stammhirn gesteuerten Organe (z. B. Leber, Nierensammelrohre, Darm, Uterusschleimhaut) inzwischen auch Hormone produzieren, die wir vielleicht zum Teil noch gar nicht kennen oder noch nicht zuordnen können, weiß ich noch nicht.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Stammhirn - Organ - Bezug

LINKE Stammhirnseite für **Kot-Ausscheidung = AUSGANG**
(unterer Teil des Darm-Traktes, heute bis zum After
aber ursprünglich war das Ende des Magen-Darm-Trakts
die linke Schlundhälfte, die heutige linke Mundhälfte)



RECHTE Stammhirnseite für **Brocken-Aufnahme = EINGANG**
(heute rechte Mundhälfte, früherer rechter Schlund,
und oberer Magen-Darm-Trakt)

LINKE Stammhirnseite:

14 Relais für linke Nieren-Sammelrohre: Ursprünglich möglicherweise überwiegend oder ganz für **Ausscheidung des Harnstoffs und Wasserausscheidung** zuständig, jetzt auch für **Retention des Wassers und des Harnstoffs**

15 Relais für Blinddarm (Coecum) mit Wurmfortsatz (Appendix) und aufsteigendem Dickdarm (Colon ascendens = Grimmdarm)

16 Relais für Quer-Dickdarm (Colon transversum)

17 Relais für Absteigenden Dickdarm (Colon descendens)

18 Relais für Mastdarm (Sigmoid) mit alten Darmschleimhaut-Inseln unter der Plattenepithelschleimhaut des Rektums

19 Relais für Alten Uraugenbecher des linken Auges (Teil der archaischen linken Schlundseite) = Aderhaut oder Chorioidea, besser Enteroidea und
Relais für linken Opticus-Kern, mit HH: Opticus-Neurinom (Visualkot loswerden wollen)

20 Relais für linkes Mittelohr (ursprünglich Teil des linkes Schlundes) und
Relais für linken Akustikus Kern, mit HH: Acusticus-Neurinom

21 Relais für linke Lungenalveolen: Ursprünglich möglicherweise überwiegend oder ganz für **Elimination des CO_2** zuständig,
jetzt auch für **O_2 Aufnahme.** Urspünglich auch aus dem Schlund stammend

22 Relais für:
a) Darm-Zylinderepithel-Blasenschleimhaut, nur im sog. Trigonum (Dreieck) zwischen Ureteren-Einmündungen und Harnröhrenabfluß, die linke Hälfte der sog. dritten Niere
b) Smegma produzierender Teil des hinter der Eichel gelegenen Bereichs der unteren Vorhaut des Penis und der Klitoris
a)+b) = ursprünglich aus dem linken Schlund stammend

23 Relais für linke gl. parotis (Ohrspeicheldrüse), linke gl. sublingualis (Unterzungen-Speicheldrüse), linke Schilddrüsen-Lappen (mit Nebenschilddrüse), linke Tränendrüse und linke Hälfte der Hypophyse (Somato-Hypophyse).
Alle diese Organe sind ursprünglich Teile der linken Seite des alten Schlundes

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

24 Relais für linken Plexus chorioideus

25 Relais für Darm-Zylinderepithel unter dem Plattenepithel (sog. Submucosa) des linken Mundes
mit der linken Zunge und dem linken Rachen. Ursprünglich Teile der linken Seite des alten Schlundes

26 Relais für Gebärmutterkörper-Schleimhaut (Decidua) der linken Gebärmutterhöhle,
linke Eileiter-Schleimhaut, linke Hälfte der Vorsteherdrüse (Prostata) und Keimbahnzellen des linken Hodens und des linken Ovars (Eierstocks)

RECHTE Stammhirnseite:

1 Relais für Darm-Zylinderepithel unter dem Plattenepithel (sog. Submucosa) des rechten Mundes mit der rechten Zunge und dem rechten Rachen.

2 Relais für rechten Plexus chorioideus

3 Relais für rechte gl. parotis (Ohrspeicheldrüse), rechte gl. sublingualis (Unterzungen-Speicheldrüse),
rechter Schilddrüsen-Lappen (mit Nebenschilddrüse), rechte Tränendrüse und
rechte Hälfte der Hypophyse (Somato-Hypophyse).
Alle diese Organe sind ursprünglich Teile der rechten Seite des alten Schlundes.

4 Relais für Darm-Zylinderepithel-Blasenschleimhaut in der rechten Hälfte des sog. Trigonums (Dreieck)
zwischen Ureteren-Einmündungen und Harnröhrenabfluß, die rechte Hälfte der sog. dritten Niere

5 Relais für rechte Lungenalveolen: Ursprünglich möglicherweise überwiegend oder ganz für **O2-Aufnahme** (Sauerstoff-Aufnahme),
jetzt aber auch für **CO2 (Kohlendioxyd)-Abgabe**

6 Relais für rechtes Mittelohr (ursprünglich Teil des rechtes Schlundes) und
Relais für rechten Akustikus-Kern, mit HH: Acusticus-Neurinom

7 Relais für alten Uraugenbecher des rechten Auges (Teil der archaischen rechten Schlundseite) = Aderhaut oder Chorioidea, besser Enteroidea.
Relais für rechten Opticus Kern, mit HH: Opticus-Neurinom (Sehbild hereinholen wollen)

8 Relais für Ösophagus (Speiseröhre) unteres Drittel und Magen (außer kleiner Curvatur, Pylorus und Bulbus duodeni)

9 Relais für Zwölffingerdarm

10 Relais für Bauchspeicheldrüse (Pankreas-Parenchym außer Pankreasgängen) und Leber-Parenchym (außer Gallengängen)

11 Relais für vorderen Dünndarm (Jejunum)

12 Relais für unteren Dünndarm (Ileum)

13 Relais für rechte Nierensammelrohre: Ursprünglich möglicherweise überwiegend oder ganz für **Zurückhaltung des Wassers und Harnstoffs** zuständig,
jetzt auch für **Wasser-und Harnstoff-Ausscheidung**

27 Relais für Gebärmutterkörper-Schleimhaut (Decidua) der rechten Gebärmutterhöhle,
rechte Eileiter-Schleimhaut, rechte Hälfte der Vorsteherdrüse (Prostata) und Keimbahnzellen des rechten Hodens und des rechten Ovars (Eierstocks)

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das Syndrom - besondere Rolle der entodermalen Anteile der Niere[1]

Immer, wenn zwei aktive SBSe im annähernd gleichen Rhythmus laufen, (zusammen, aber auf verschiedenen Hirnseiten) sprechen wir von einer Konstellation.

Wenn SBSe in verschiedenen Phasen zusammen vorkommen, sprechen wir von Syndrom (ein SBS in ca-Phase, ein anderes in pcl-Phase).
Wenn wir aber **irgendein SBS in pcl-Phase** in Kombination **mit Flüchtling-, Existenz- oder Alleingelassensein-Konflikt = Wasserretentionskonflikt in ca-Phase der Nierensammelrohre** meinen, sprechen wir von **„dem Syndrom"** (schlechthin).

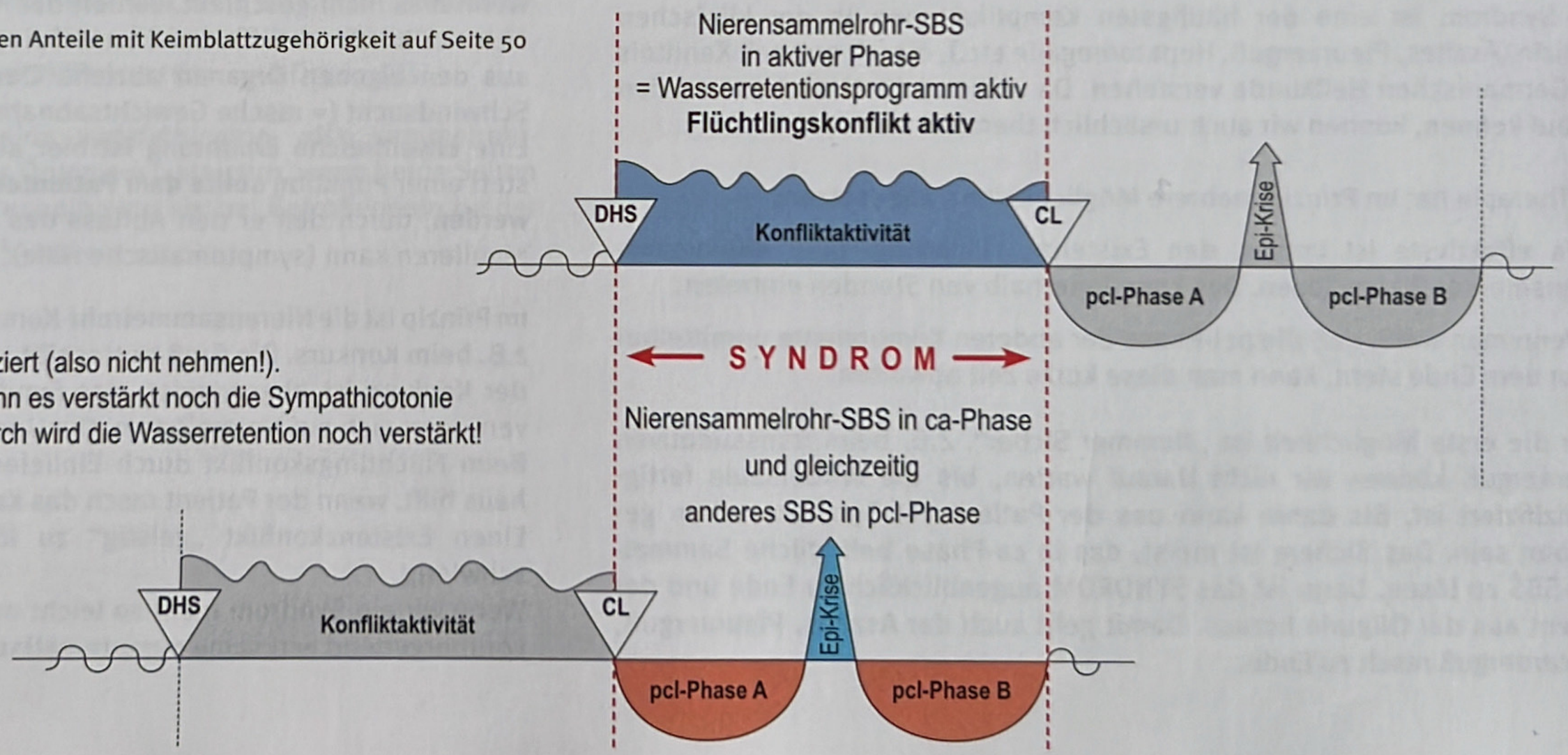
Der biologische Sinn: Bei einem Flüchtlingskonflikt läuft das archaische Programm: Achtung! Wasser einsparen und überall, wo möglich, Wasser aufnehmen, weil es in nächster Zeit kein Wasser geben wird. Es wird dann nur wenig Urin ausgeschieden, im Extremfall nur 200 ml, was man Anurie nennt (womit aber der Harnstoff ausgeschieden werden kann).

Das Programm sorgt dafür, daß beim SYNDROM – besonders an dem Organ und dem zugehörigen HAMERschen HERD im Gehirn, die in pcl-Phase sind – große Mengen an Flüssigkeit gehortet werden. Dadurch schwillt das in Lösung (pcl-Phase) befindliche Organ gewaltig an.

Das Syndrom bedeutet, außer einer allgemeinen mäßigen oder stärkeren Wassereinlagerung

a) der Bereich des in pcl-Phase befindlichen Organs ist stark aufgeschwemmt, z. B. statt Hepatitis, Hepatomegalie
b) der zugehörige Hamersche Herd im Gehirn ödematisiert: Das nannte die Schulmedizin bis heute idiotischerweise „Hirntumor"

z. B.: Ein aktives Nieren-Sammelrohr-SBS in ca-Phase kann alte Kavernen neu aufpumpen. Schon bei leichter Hepatitis nennen wir es dann Hepatomegalie (= große Leber) mit Hirnödem im Stammhirn („Stammhirntumor").



Achtung!
Bei Syndrom ist Cortison kontraindiziert (also nicht nehmen!).
Es hat sog. „paradoxe Wirkung", denn es verstärkt noch die Sympathicotonie der Nieren-Sammelrohr-SBS. Dadurch wird die Wasserretention noch verstärkt!

1 Siehe Kapitel: Niere und ihre verschiedenen Anteile mit Keimblattzugehörigkeit auf Seite 50

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

z.B.: aktives Nieren-Sammelrohr-SBS in ca-Phase + Pleuritis (in der pcl-Phase Pleura-Mesotheliom) = Syndrom = exsudativer Pleuraerguß mit HH-Ödem im Kleinhirn („Kleinhirntumor")
z.B.: aktives Nieren-Sammelrohr-SBS in ca-Phase + Rippenosteolyse in pcl-Phase = Syndrom = transsudativer Pleuraerguß + HH-Ödem im Großhirn-Marklager („Großhirntumor").
z.B.: aktives Nieren-Sammelrohr-SBS in ca-Phase + Peritonitis (in der pcl -Phase: Peritonealmesotheliom) = Syndrom = Aszites mit HH-Ödem im Kleinhirn („Kleinhirntumor")
Oder umgekehrt: Arthritis nach Osteolyse in Knienähe + Nieren-Sammelrohr-SBS in ca-Phase = Syndrom = riesiger „Gelenkrheumatismus" (falls punktiert: Osteosarkom) + HH-Ödem im Großhirnmarklager (= „Großhirntumor").

Wenn der Existenzkonflikt (Nieren-Sammelrohr-SBS in ca-Phase) gelöst, d.h. in pcl-Phase ist, dann geht

a) das Organödem rasch zurück, und

b) das Hirnödem rasch zurück, d.h. der sog. „Hirntumor" verschwindet. Zurück bleibt eine harmlose Glianarbe.

Das Syndrom ist eine der häufigsten Komplikationen in der klinischen Medizin (Aszites, Pleuraerguß, Hepatomegalie etc.), die wir erst seit Kenntnis der Germanischen Heilkunde verstehen. Da wir jetzt die Ursachen und den Verlauf kennen, können wir auch ursächlich therapieren.

Die Therapie hat im Prinzip mehrere Möglichkeiten, anzusetzen:

1. Die effektivste ist immer, den Existenz-, Flüchtling- oder Alleingelassensein-Konflikt zu lösen. Das kann innerhalb von Stunden eintreten.

2. Wenn man weiß, daß die pcl-Phase der anderen Komponente unmittelbar vor dem Ende steht, kann man diese kurze Zeit abwarten.

Aber die erste Möglichkeit ist „Nummer Sicher". Z.B. beim transsudativen Pleuraerguß können wir nicht darauf warten, bis die Wirbelsäule fertig-rekalzifiziert ist. Bis dahin kann uns der Patient mit Syndrom schon gestorben sein. Das Sichere ist meist, das in ca-Phase befindliche Sammelrohr-SBS zu lösen. Dann ist das SYNDROM augenblicklich zu Ende und der Patient aus der Oligurie heraus. Damit geht auch der Aszites, Pleuraerguß, Pericarderguß rasch zu Ende.

Wir müssen gewissenhaft die Gefahren des klinischen Bildes diagnostizieren und abwägen. Dabei ist eventuell eine vorsorgliche Pleura-, Perikard- oder Aszites-Punktion nicht zu vermeiden, um dem Patienten zunächst Luft zu verschaffen.
Wir müssen grundsätzlich wissen, daß es einen (weder exsudativen noch transsudativen) Pleuraerguß ohne Syndrom nicht gibt. Das Gleiche gilt für den Aszites, die Perikard-Tamponade, etc.
Nun wissen wir, daß alle vom Althirn gesteuerten Organe in der pcl-Phase gegebenenfalls Tuberkulose entwickeln (sofern der Patient beim DHS bereits Tuberkelbakterien hatte) und der Körper dadurch Eiweiß verliert. Während dies ohne Syndrom kein Problem ist und das verlorene Eiweiß leicht durch proteinreiche Diät ersetzt werden kann, sieht es im Falle von Syndrom bei Ergüssen der kleinhirngesteuerten Organe (Pleuraerguß, Pericarderguß oder Aszites) anders aus.

Vorsicht bei Aszitespunktion:
Wenn ein Aszites punktiert wird, nimmt dies dem Patienten soviel Eiweiß weg, wie in der gleichen Menge Blutserum vorhanden ist (gleiche Eiweißkonzentration). Das ist gefährlich und das Eiweiß muß sofort ersetzt werden. Wenn dies nicht geschieht, verliert der Patient ganz schnell an Gewicht, da sich der Körper den Serum-Eiweiß-Spiegel dadurch auffüllt, daß er Eiweiß aus den eigenen Organen abzieht. Deshalb hieß die Tuberkulose früher Schwindsucht (= rasche Gewichtsabnahme).
Eine eiweißreiche Ernährung ist hier also notwendig zum Überleben und statt einer Punktion **sollte dem Patienten ein kleiner Ballonkatheder gelegt werden**, durch den er den Abfluss des notwendigen Bauchwassers selbst regulieren kann (symptomatische Hilfe).

Im Prinzip ist die Nierensammelrohr-Komponente des Syndroms rasch lösbar, z.B. beim Konkurs. Die Großmutter gibt 100.000 Euro als vorgezogenes Erbe, der Konkurs ist abgewendet, das Syndrom ist beendet. Das Riesenödem verringert sich auf Normalödem. Die Urinausscheidung normalisiert sich.
Beim Flüchtlingskonflikt durch Einlieferung in das bedrückende Krankenhaus hilft, wenn der Patient rasch das Krankenhaus verläßt.
Einen Existenzkonflikt „geistig" zu lösen, z. B. durch Resignation, ist schwierig.
Wenn wir ein Syndrom nicht so leicht oder rasch lösen können, bieten sich vorübergehend wirksame **symptomatische Hilfen** an.

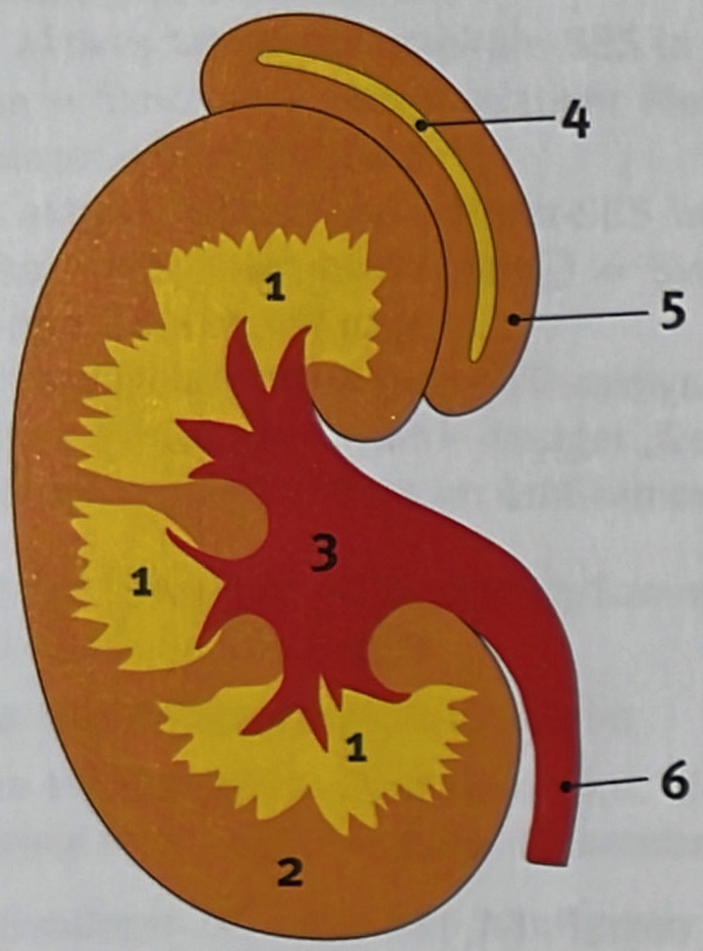
® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Zum Beispiel:

- eine Dauer-Drainage des Aszites durch Ballonkatheter (wie bei Blasenkatheter) mit einem Hähnchen, aus dem der Patient jeweils nur das notwendige Bauchwasser abläßt, sich dafür aber sehr eiweißreich ernähren muß. Vorteil: wenn z. B. nach zwei bis drei Monaten das Syndrom gelöst ist, hört der Aszites von alleine auf.
- Einschränkung der Trinkmenge (höchstens 1 Liter), um Ödem-Zunahme zu vermeiden.
- Die intravenösen Infusionen (gegen die sich der Organismus nicht wehren kann) sind völlig kontraindiziert (unangebracht).
- Hilfreich ist auch folgende vorübergehende, symptomatische Therapie: ein oder zweimal täglich ein Bad in 0,9%iger Kochsalzlösung (ca. 0,9 kg Salz in 100 Liter Wasser für jeweils 1 Stunde). Der Organismus fühlt sich dann „wie im Urmeer". Als unsere „Vorfahren" aus dem Wasser ans Land gingen, hatte das Meer 0,9% Kochsalz.
- Cortison und Diuretika sind kontraindiziert, solange der Patient weniger als 1000 ml Urin läßt. Aber auch hier könnten die 1000 ml durch Teilfunktion beider Nieren zustande gekommen sein, weil beide Nieren betroffen sind. Diese Differenzierung treffen wir mit Hilfe von Hirn- und Organ-CTs.

Cortison und Diuretika wirken beide sympathicoton, also sammelrohrkonfliktverstärkend und können das Ödem noch steigern, wenn beide Seiten der Sammelrohre betroffen sind. Deshalb sind sie bei Betroffensein beider Nieren auf jeden Fall kontraindiziert.

Niere und ihre verschiedenen Anteile mit Keimblattzugehörigkeit

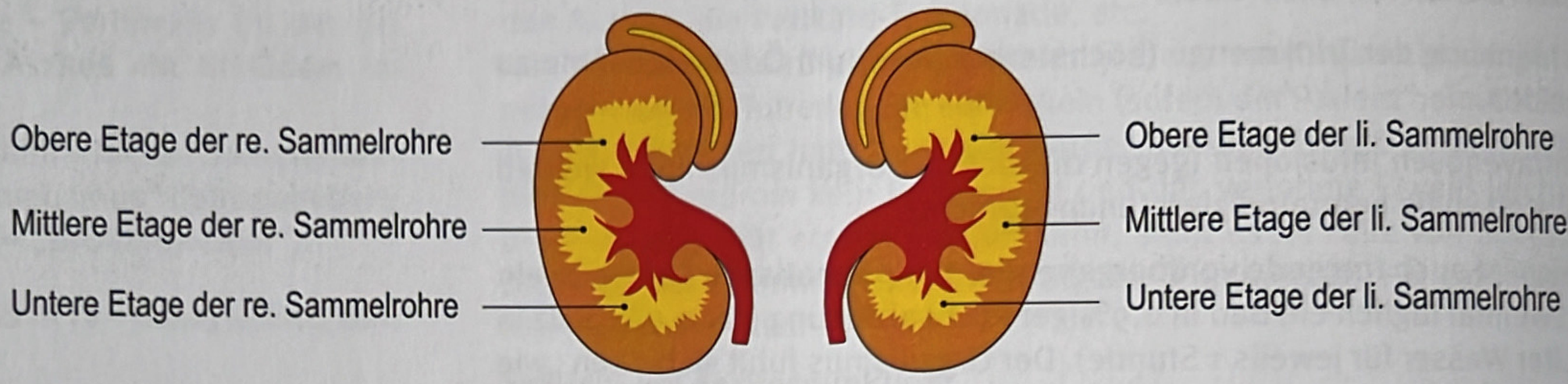


ENTODERM

JUNGES MESODERM

EKTODERM

1. **Nierensammelrohr:** Existenzkonflikt, Flüchtlingskonflikt oder Konflikt des sich Alleingelassen-Fühlens;
   In der ca-Phase: Adeno-Ca an sechs möglichen Stellen (zwei Nieren und drei Nieren-Etagen)



Da die beiden Nieren jeweils drei Etagen haben, die selbständig arbeiten (also sechs selbständige Organe), haben wir sechs Hirn-Relais, die im Stammhirn röhrenförmig angeordnet sind und sechs selbständige HH machen können, z.B. mit Konfliktaktivität und scharfringiger Schießscheiben-Konfiguration. Die Sache wird noch spannender, wenn wir wissen, daß entwicklungsgeschichtlich ursprünglich die rechten Sammelrohre für den Harnstoffwechsel zuständig waren, die linken für den Wasserstoffwechsel, besonders die Wasseraufbereitung betreffend. Weitere mögliche Symptome in der ca-Phase:

1) Nur Wasserretention mit Oligurie, oder wenn beide Nieren betroffen, sog. Anurie (mit mindestens 150 ccm Urin).
2) Nierensammelrohr-SBS in der ca-Phase (Wasserretention) und gleichzeitig beliebiges SBS in der pcl-Phase = SYNDROM = starke Schwellung im Organ (z.B.: Hepatomegalie, Pleuraerguß, Aszites, Perikarderguß, ...) und im Bereich des HAMER`schen Herdes im Gehirn (= sog. Hirntumor).
3) Wasserretention + Urämie
4) Wasserretention + Urämie + Gicht
5) Harnstoffretention = Urämie (erhöhter Harnstoff und Kreatinin). Auch die Urämie ist ein sinnvolles Überlebensprogramm, wenn Eiweiß fehlt. Der Organismus hält Harnstoff fest, weil er daraus in der Notzeit Eiweiß recyclen (wiederverwerten) kann.
6) Harnsäureretention ebenfalls aus Eiweißstoffwechsel und Stickstoffbausteinen
7) Harnsäureretention + Leukämie (Knochen-SBS in pcl-Phase) = Syndrom = Gicht

In der pcl-Phase:

Mit Mykobakterien: Nieren-Tbc-Abbau des Sammelrohr-Ca´s, Fieber, Nachtschweiß, Nierenbeckenentzündung (sog. Pyelitis tuberculosa). Polyurie, Rückgang aller Syndrom-Symptome, wie Pleuraerguß, Aszites. Auch Rückgang der sog. Hirntumoren.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Zu 5) Rückgang des Harnstoffs und des Kreatinins (in ca-Phase; Urämie)
Zu 6) Rückgang der Harnsäure im Serum, Rückgang der Gicht-Gelenke. Bei der Nieren-Tbc oft Calcium-Oxalatsteine

Ohne Mykobakterien: alle Symptome gleich, außer Fieber, Nachtschweiß und dem nicht erfolgenden Sammelrohr-Ca-Abbau

2. **Nierenparenchym** (Glomeruli-Parenchym-Nekrosen): Konflikt, der mit Wasser oder Flüssigkeit zu tun hat
   ca-Phase: begrenzte Nekrose (= Loch) + Hypertonie (um die Urinproduktion sicherzustellen)
   pcl-Phase: Nierenzyste (Willms) mit fortschreitender Indurierung (Nephroblastom), das von der ursprünglichen Nekrose ausgeht und nach Ablösung von allen Organen (nach 9 Monaten) einzig mit einem Isthmus (Enge) im Bereich des früheren Lochs an der Niere festgewachsen bleibt.
   Alle Gefäße (Arterie, Vene, Primitiver Harnleiter) münden in das Loch. Der von dem Nephroblastom produzierte Urin wird in die ehemalige Nekrose (Loch) abgegeben und muß dann noch die Sammelrohre passieren.
   Normalisierung des erhöht gewesenen Blutdrucks (Hypertonie).
   Bei „Syndrom“: stark mit Flüssigkeit aufgepumpte Nierenzyste, die später, falls sie nicht gleich am Anfang platzt, nur teilweise induriert.

3. **Nierenbecken und 6. Ureter (= Harnleiter)**: Konflikt, die Reviergrenzen nicht markieren zu können, Reviermarkierung-Konflikt,
   ca-Phase: ulcerative Erweiterung des Nierenbeckens oder der Harnleiter ohne Schmerz!
   (Sensibilität folgt Äußeren-Haut-Schema), dadurch Verbesserung der Abflußmöglichkeit des Urins.
   pcl-Phase: Wiederauffüllung der Ulcera, Schwellung, Hyperästhesie, Schmerzen
   Zu **Nierenbecken:** muskulärer Spasmus und Nierenkolik, wenn Muskulatur mitbetroffen war, in der Epi-Krise: Epileptischer Anfall
   Der Nierengrieß oder Kelchstein (Calcium-Oxalatsteine nach Nierensammelrohr-Tbc) wird in der Lösung durch den Kelchhals gedrückt und gelangt in das Nierenbecken und von da durch den Ureter in die Blase.
   Diesen Vorgang nennt man Nierenkolik. Es sind praktisch epileptische muskuläre Krisen der Nierenbecken- und Kelchmuskulatur.
   Zu **Harnleiter (Ureter):** Schwellung der im Bereich der Ulcera stark schmerzhaften Schleimhaut: dadurch bisweilen Okklusion durch Heilungsschwellung und Spasmen und Koliken in der Epi-Krise, falls Ureteren-Muskulatur einbezogen war
   verstärkte Symptomatik bei Syndrom. Epileptoide Krise = Absence

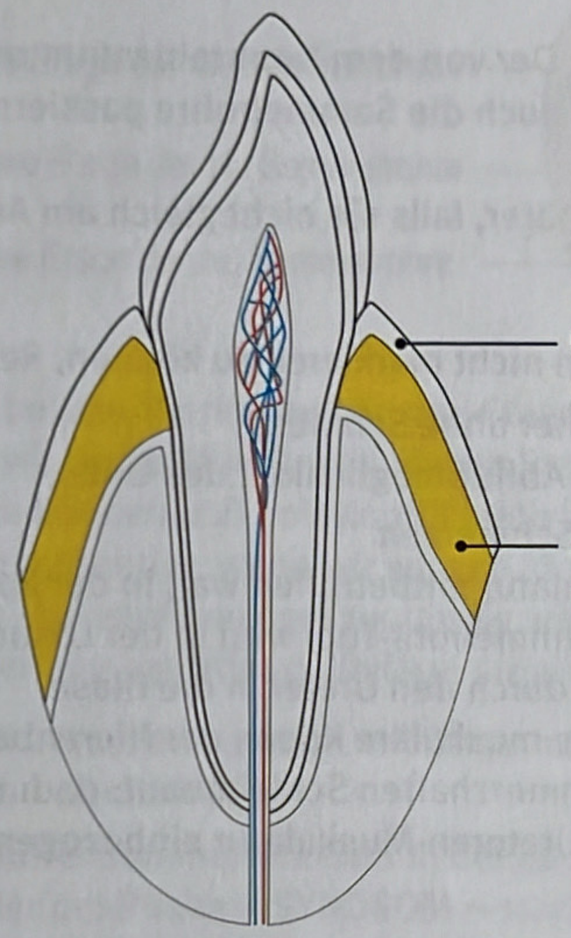
4. **Nebennierenmark** (zum Grenzstrang des Sympathicus gehörend, produziert Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin)
   Konflikt: Unerträglich starker Streß.
   ca-Phase: Phäochromozytom, Noradrenalin- und Dopaminerhöhung (primäres Katecholamin) und Adrenalinvermehrung (sekundäres Katecholamin). Biologischer Sinn: in einer starken Streß-Situation eine bestimmte notwendige Leistung zu erbringen. In der **pcl-Phase** eventuell Nebennierenmarks-„Apoplexie“ (Kavernen-Tbc).

5. **Nebennierenrinde** (= großer spezieller Lymphknoten) - Konflikt: aus der Bahn geworfen worden zu sein, den falschen Weg eingeschlagen oder auf das „falsche Pferd gesetzt“ zu haben.
   ca-Phase: Nekrose der Nebennierenrinde. Verminderte Cortisol-Ausscheidung, dadurch „gestreßte Müdigkeit“.
   Der Organismus wird mit Gewalt auf der falschen Bahn abgebremst (sog. Morbus Addison).
   pcl-Phase: Auffüllung der Nekrosen und bis faustgroße Nebennierenrinde-Zysten, die nach kurzer Zeit indurieren und überschießend Cortisol bilden (+ Aldosteron), um den Organismus wieder auf „die richtige Bahn“ zu bringen (+ Hirsutismus = vermehrter Haarwuchs). Sog. Cushing-Syndrom.

Die heutige tiefe Mundschleimhaut (sog. Submucosa) unter der darüber liegenden Plattenepithel-Schleimhaut bekommt ihre Innervation beiderseits aus dem gleichseitigen Stammhirn.

Diese alte Zylinderepithel-Darmschleimhaut des Schlundes bestand schon, bevor die Zähne angelegt wurden, die ja vom Großhirn (Marklager und Cortex) gesteuert werden.

Man sieht diese alte Darmschleimhaut nicht, weil sie überall von Plattenepithelschleimhaut des Mundes überdeckt ist.
Aber am Zahnhals liegt sie dem Periodont des Zahnhalses auf.
Zylinderepithel (entodermaler Teil) und Plattenepithel (ektodermaler Teil) bezeichnet man zusammen als „Zahnfleisch“ oder Gingiva.



ALTE DARMSCHLEIMHAUT (Zylinderepithel, inneres Keimblatt, Entoderm, Stammhirn-gesteuert):

Konflikte: Schleimhaut um linke Zähne: Kotbrocken „loswerden“
Schleimhaut um rechte Zähne: Nahrungsbrocken „reinholen“

ca-Phase: Zellvermehrung („Tumor“)

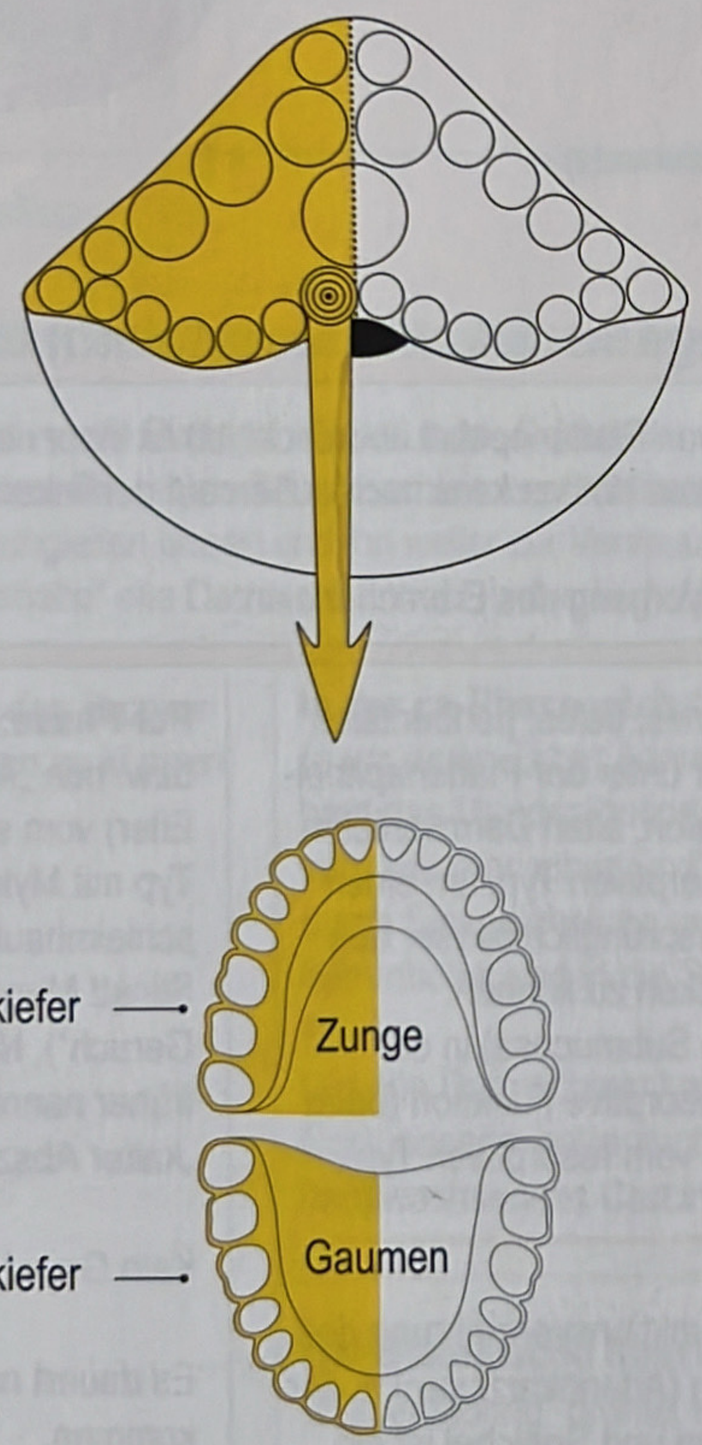
pcl-Phase: Tbc-Verkäsung des Tumors (falls Mykobakterien vorhanden)

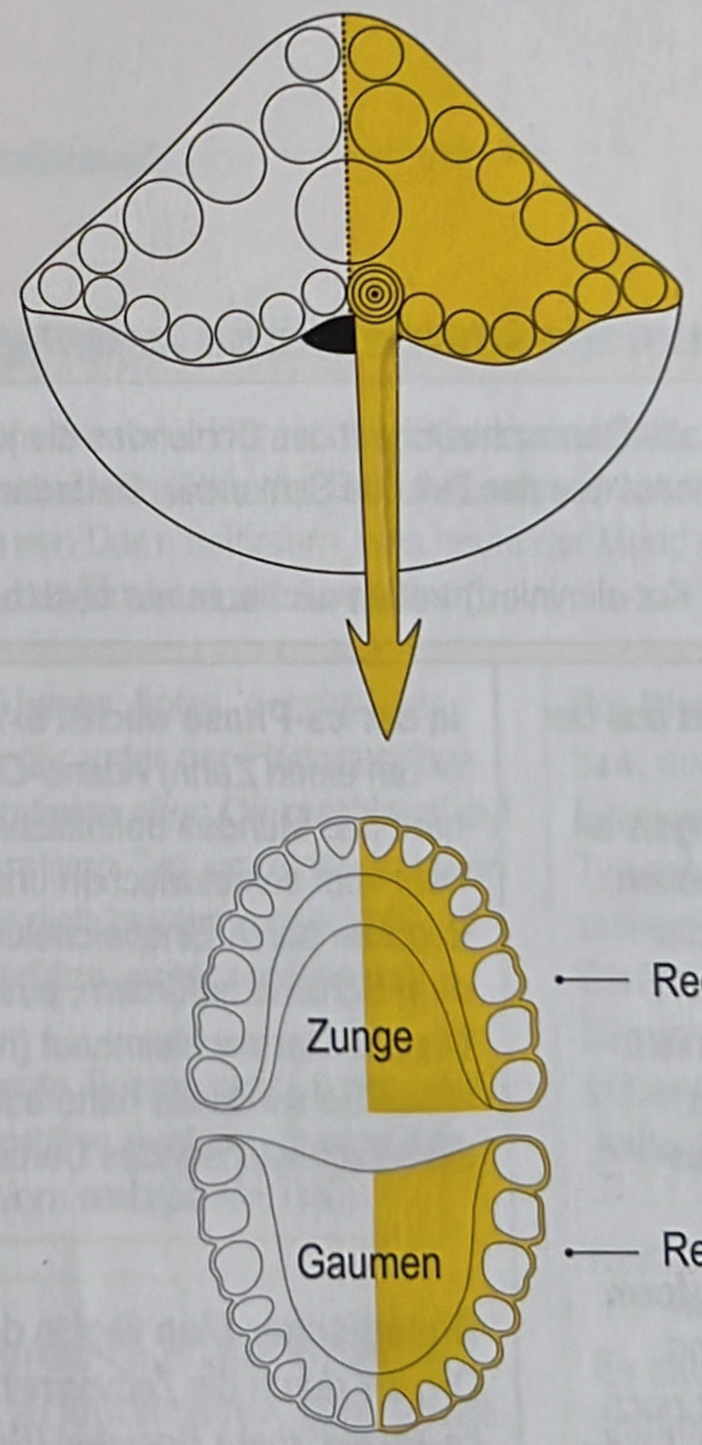
® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

LINKE Stammhirnseite für **Kot-Ausscheidung = AUSGANG**
(unterer Teil des Darm-Traktes, heute bis zum After, und linke Mundhälfte)

RECHTE Stammhirnseite für **Brocken-Aufnahme = EINGANG**
(heute rechte Mundhälfte, früherer rechter Schlund, und oberer Magen Darm-Trakt)

Relais (sog. HH im Falle von SBS) für das Darm-Zylinderepithel (sog. Submucosa) unter dem Plattenepithel des linken Mundes mit der linken Zunge und dem linken Rachen.
Alle diese Organe sind ursprünglich Teile der linken Seite des alten Schlundes.

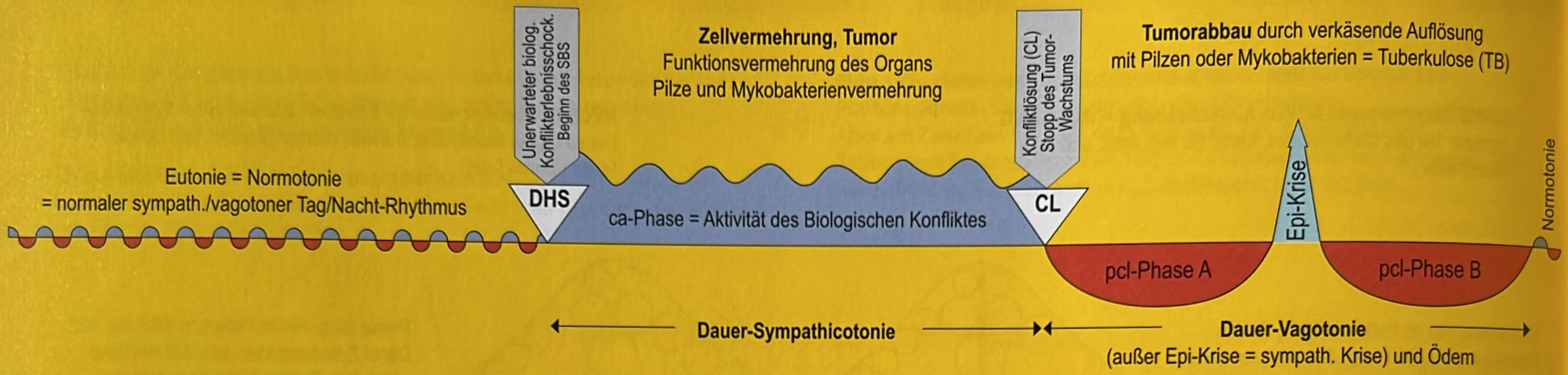




Relais (sog. HH im Falle von SBS) für das Darm-Zylinderepithel (sog. Submucosa) unter dem Plattenepithel des rechten Mundes mit der rechten Zunge und dem rechten Rachen.
Alle diese Organe sind ursprünglich Teile der rechten Seite des alten Schlundes.

Tiefe Mundschleimhaut der linken Mundhälfte.
Konflikt: Kotbrocken „loswerden“

Tiefe Mundschleimhaut der rechten Mundhälfte .
Konflikt: Brocken „reinholen“

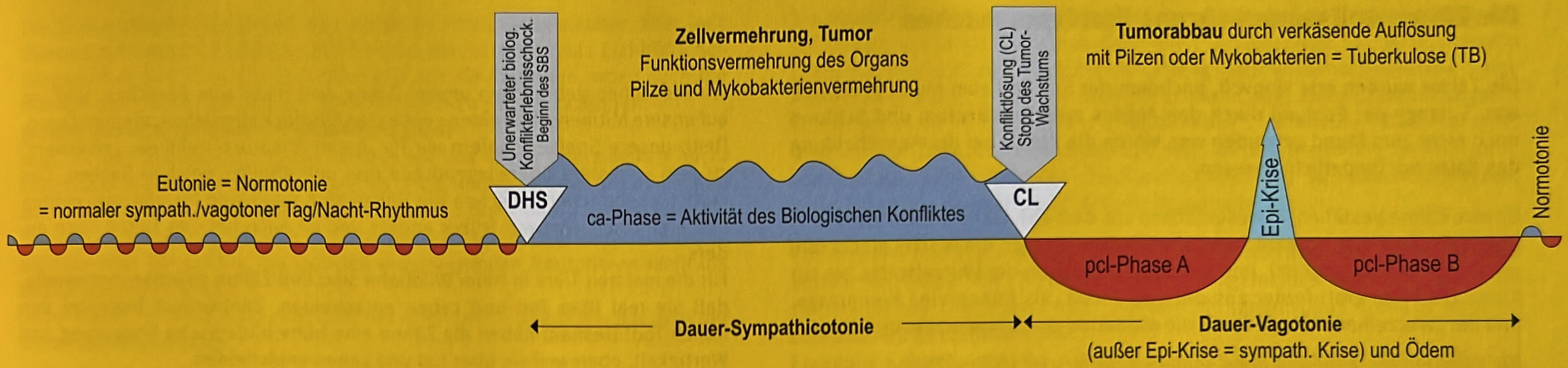


LINKE STAMMHIRNHÄLFTE für die um die linken Zähne herumgelegene tiefe Mundschleimhaut

Die **linke Seite der tiefen Mundschleimhaut** (= alte Darmschleimhaut des Schlundes die jetzt von Plattenepithel überdeckt ist) ist innerviert von der linken Stammhirnseite.
Ursprüngliche Funktion der linken Schlundschleimhaut aus der Zeit des Schlundes: Beförderung des Kotbrockens nach außen auf der linken Schlundseite, die heute vom Rektum/After besorgt wird.
Diese archaische Kot-Ausscheidungsfunktion (die Kot eliminiert) treffen wir heute nur noch beim Vorgang des Erbrechens an.

Peridentale, tiefe submucöse Mundschleimhaut um die linken oberen und linken unteren Zähne	**Archaischer Konflikt** aus der Zeit des Schlundes. **Konflikt:** wegen Mangels an Schleim einen Kotbrocken, der sich verklemmt oder verklebt hatte, aus der (linken) Schlundseite nicht nach draußen, aus der Schlundöffnung „hinaus-befördern zu können". **Nach Aufriß der Ringform** Da es ja keinen Schlund mehr gibt, sondern nur noch einen „Mund", ist der Bereich nur noch zur Mithilfe beim Erbrechen zuständig. **Konflikt:** wegen Mangels an Schleim (Speichel) Kotbrocken nicht ausspucken bzw. auskotzen zu können (im übertragenen Sinne).	**In der ca-Phase** wächst ein kleines, tiefes, peridentales (= um einen Zahn) Adeno-Ca der unter der Plattenepithel-haut des Mundes befindlichen tiefen, alten Darmschleim-haut vom sekretorischen und resorptiven Typ, um einen Brocken durch Einspeichelung ursprünglich besser aus dem Schlund befördern, ausspucken zu können. Die alte Darmschleimhaut (heute Submucosa) in der linken Schlundseite hatte auch resorptive Funktion (beim SBS flachwachsendes Carcinom vom resorptiven Typ). **Biologischer Sinn** liegt in der Funktionsvermehrung des Organs durch die Zellvermehrung (Adenokarzinom) in der ca-Phase: mehr Speichel (Schleim und Speichel ist ein und dasselbe.) zu produzieren, um den Kotbrocken leichter loszuwerden.	**Pcl-Phase:** Verkäsende Auflösung des kleinen Tumors bzw. nun „Abzesses" (sog. Zahnfistel mit tuberkulösem Eiter) vom sekretorischen (speichelproduzierenden) Typ mit Mykobakterien: Tuberkulose der tiefen Mund-schleimhaut um den Zahn herum. Stinkt! Mundgeruch nach faulem Fleisch (sog. „fötider Geruch"), Nachtschweiß, Tuberkulose, leichtes Fieber; früher nannten wir es „tiefer peridentaler Abszess" oder „kalter Abszess". Kein Grund zur Aufregung. Es dauert nur dann länger, wenn immer wieder Rezidive kommen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



RECHTE STAMMHIRNHÄLFTE für die um die rechten Zähne herumgelegene tiefe Mundschleimhaut

Die **rechte Seite der tiefen Mundschleimhaut** (= alte Darmschleimhaut des Schlundes) ist innerviert von der rechten Stammhirnhälfte.
Ursprüngliche Funktion aus der Zeit des Schlundes: Die rechte Schlundschleimhaut mußte auf der rechten Seite des Schlundes den Brocken aufnehmen und diesen aufgenommenen Brocken (durch Einspeicheln) „einverleiben", hineingleiten lassen und ihn weiter zur Verdauung in den Darm befördern, was heute der Mund macht. Speziell die an der heutigen Stelle der Schneidezähne gelegene, also „schlundöffnungsnahe" alte Darmschleimhaut, hatte die Aufgabe, den Brocken „einzuverleiben".

Peridentale tiefe submucöse Mundschleimhaut um die rechten oberen und unteren Zähne	**Konflikt**: „Sich den Brocken nicht einverleiben zu können"	**In der ca-Phase** wächst ein kleines, tiefes, peridentales (= um einen Zahn) Adeno-Ca der unter der Plattenepithelhaut des Mundes befindlichen tiefen alten Darmschleimhaut vom sekretorischen und resorptiven Typ, um einen Brocken durch Einspeichelung ursprünglich besser in den Schlund hereinholen und in die Speiseröhre weiter schieben zu können. Die alte Darmschleimhaut (heute Submucosa) in der rechten Schlundseite, hatte auch resorptive Funktion (beim SBS flachwachsendes Carcinom vom resorptiven Typ). **Der Biologische Sinn** liegt in der ca-Phase: Wenn die „Einverleibung" drohte, nicht zu funktionieren, dann wurde durch das Adeno-Ca die Darmschleimhaut verstärkt (verdickt), um besser einspeicheln und hereinholen zu können. Funktionsvermehrung des Organs durch die Zellvermehrung (Adenokarzinom).	**Pcl-Phase:** Verkäsende Auflösung des kleinen Tumors bzw. nun „Abzesses" (sog. Zahnfistel mit tuberkulösem Eiter) vom sekretorischen (speichelproduzierenden) Typ mit Mykobakterien: Tuberkulose der tiefen Mundschleimhaut um den Zahn herum. Stinkt! Mundgeruch nach faulem Fleisch (sog. „fötider Geruch"), Nachtschweiß, Tuberkulose, leichtes Fieber; früher nannten wir es „tiefer peridentaler Abszess" oder „kalter Abszess". Kein Grund zur Aufregung. Es dauert nur dann länger, wenn immer wieder Rezidive kommen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

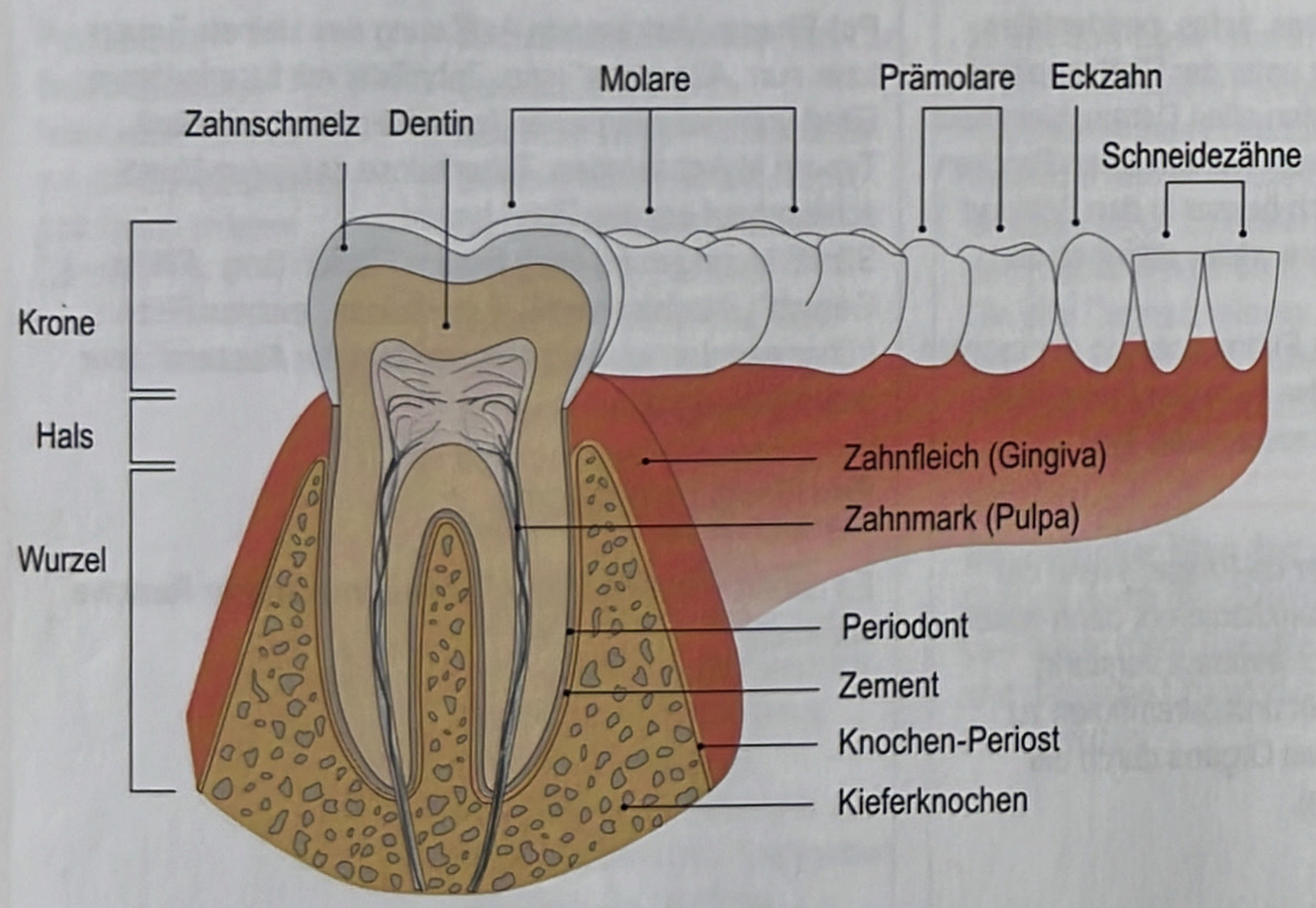
Die Zähne und warum sie uns Probleme machen

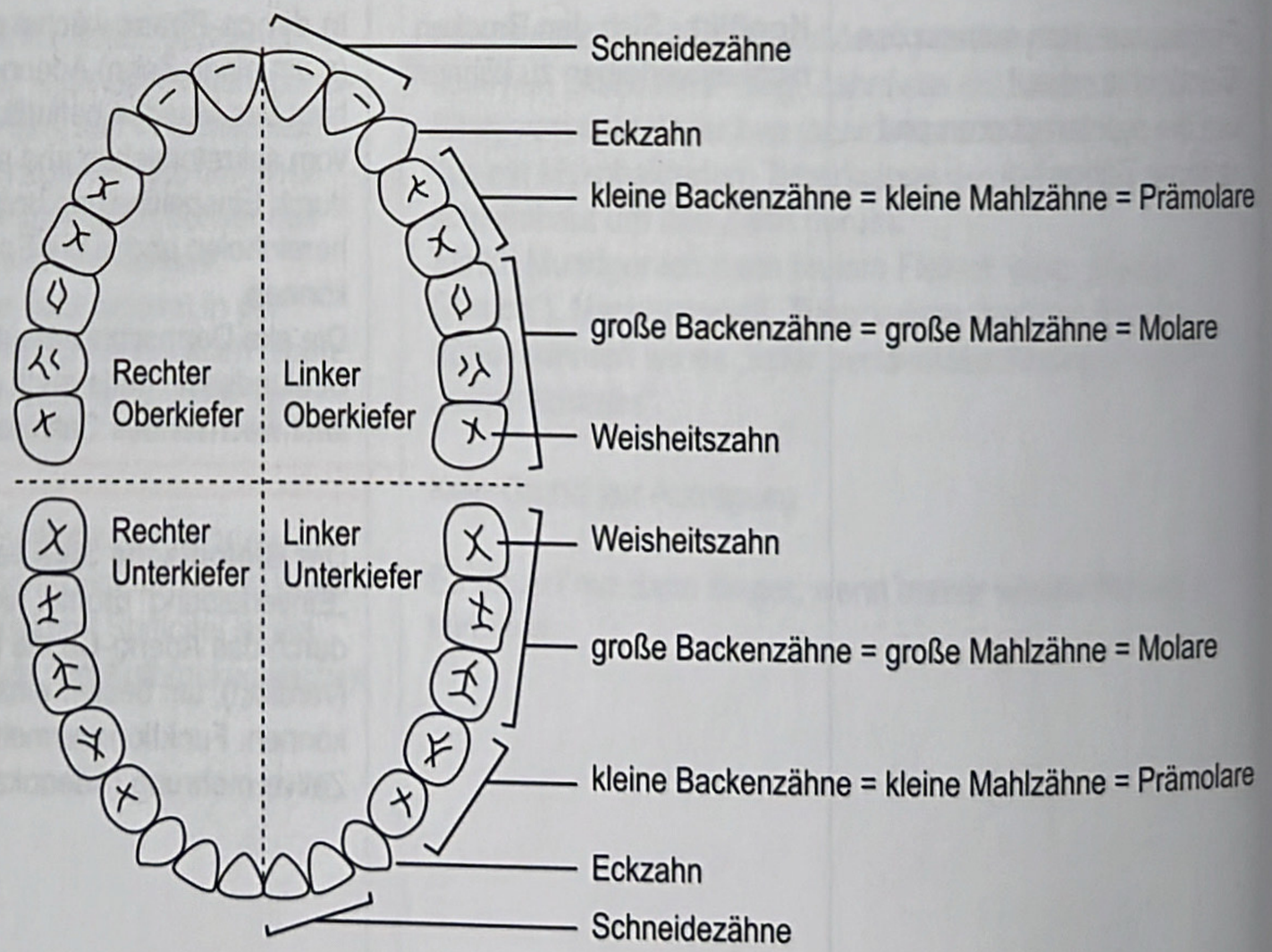
Die Zähne wurden erst sinnvoll, nachdem der Schlund zum Mund geworden war. Solange der Schlund durch den Aufriss zwischen Rectum und Schlund noch nicht zum Mund geworden war, wären die Zähne bei der Ausscheidung des Kotes nur hinderlich gewesen.

Unsere Zähne bestehen im wesentlichen aus dem Zahnschmelz, der die Krone überzieht, und dem eigentlichen Zahnknochen, in dem die Wurzel steckt (die mit Zement überzogen ist), und der den Zähnen von der Wurzelspitze bis zur Krone die Form gibt; ferner aus der sog. Pulpa, als feinnervige Kernmasse, und der „Wurzelhaut" (Periodont), die wiederum die Zahnwurzeln umschließt.

Die zweiten, bleibenden Zähne schieben die ersten (Milch-)Zähne aus ihren Knochenhöhlen (Alveolen) heraus. Während acht der kindlichen Backenzähne (Milchmolare, zwei pro Kiefernhälfte) ebenfalls durch bleibende Backenzähne (Prämolare) ersetzt werden, brechen die, weiter hinten wachsenden, acht großen Mahlzähne (Molare, zwei pro Kiefernhälfte) an Stellen durch, die nicht vorher von Milchzähnen markiert waren. Beim Erwachsenen kann sich (muss aber nicht) als letzter Molar ein zusätzlicher, sog. Weisheitszahn pro Kiefernhälfte heranbilden.

Wir Menschen gebrauchen unsere Zähne weit mehr zum Sprechen, und um auf unsere Mitmenschen einen gepflegten Eindruck zu machen, als zum Essen. Denn unsere Speise – sofern wir für uns in Anspruch nehmen, „zivilisiert" zu sein – besteht überwiegend aus Brei und ähnlich weichen Sachen. Das Frühstücksbrötchen ist schon die Spitze an Kauleistung für den sog. modernen Menschen. Das war früher anders und ist auch bei den Tieren noch anders.
Für die meisten Tiere in freier Wildbahn sind ihre Zähne so lebensnotwendig, daß sie real über Tod und Leben entscheiden. Zahnverlust bedeutet den nahen Tod! Deshalb haben die Zähne eine hohe biologische Bedeutung und Wertigkeit, eben weil sie über Tod und Leben entscheiden.
Wenn bei einem Eichhörnchen die Nagezähne abbrechen würden, wäre es dem Tod geweiht, durch Verhungern. Das gleiche Schicksal würde den Wolf ereilen, wenn seine Fangzähne abgebrochen wären. Eine Kuh dagegen benötigt nicht so dringend Schneide- und Eckzähne, dafür um so mehr ihre Backenzähne (Molare), denn ohne die könnte sie gar nicht wiederkäuen und würde elendig zugrunde gehen.





® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Die Zähne sind bei Menschen und Tieren im Prinzip vergleichbar, aber jede Spezies hat etwas verschiedene Zähne. So der Hase und das Eichhörnchen (Nager), Kuh und Pferd (Pflanzenfresser) oder die Raubtiere, wozu auch der Mensch und die Affen halbwegs gehören mit ihren Fang-/Eckzähnen.

Welche Bedeutung haben die einzelnen Zähne?

Nun, für die Spezies oder Rasse können wir das sicher und ziemlich leicht klären. Z.B. die 8 Schneidezähne (4 oben und 4 unten) sind bei uns Menschen zum Schnappen und Abbeißen. Beim Hasen (2 oben und 2 unten) sind sie dazu da, das Gras wie mit einer Beißzange abzufressen. Die Raubtiere haben die Eck- oder Fangzähne, die bei den grasfressenden Beutetieren nicht als solche ausgebildet sind.

Unser Gebiß ist am ehesten mit dem der Affen und – peinlich – mit dem der Schweine vergleichbar.

Ein Zahn erscheint uns als **ein** Organ. Das stimmt nur optisch. In Wirklichkeit besteht er aus zwei zusammengewachsenen Organen, was aber ja bei vielen Organen unseres Körpers ähnlich ist. Die beiden Teile stammen aus zwei verschiedenen Keimblättern, nämlich dem **Ektoderm** für den Zahnschmelz und dem **Mesoderm** für das Dentin, der Periodonthülle (Dentin-Periost) und der dünnen Zementschicht (Knochen-Periost).

Die Zusammensetzung des Zahns aus Schmelz (Ektoderm) und Dentin (Mesoderm), wie wir das ja in analoger Weise auch bei der Gebärmutter (Mund und Hals = Ektoderm, **restlicher Uterus-Körper = Entoderm**) oder der Speiseröhre (Ektoderm/Entoderm) etc. sehen können, hat seine guten Gründe in mechanischer und statischer Hinsicht: Die Natur hat hier ein geniales Wunderwerk an Architektur und mechanischer Belastbarkeit gebaut, das an Festigkeit mit Stahl und Diamanten spielend mithalten kann und trotzdem lebendig ist!

Aber so, wie der einzelne Zahn aus verschiedenen Teilen zusammengesetzt ist, gehören diese Teile auch verschiedenen Keimblättern an und haben dadurch im Konfliktfall auch verschiedene Konfliktinhalte. Entsprechend haben sie auch ihren zugehörigen HAMERschen HERD an verschiedenen Stellen des Gehirns.

Dabei hat jeder Zahn nicht nur eine bestimmte Funktion (Schneidezähne, Fang- oder Eckzähne, Backen- oder Mahlzähne ...) sondern im Konfliktfall auch einen speziellen Konfliktinhalt und das Ganze noch mal unterschieden nach Rechts- oder Linkshändigkeit, für Mutter/Kind oder Partner.

Die Germanische Heilkunde ist eine Naturwissenschaft wie Physik, Chemie oder Biologie, und sie verlangt daher präzises diagnostisches Arbeiten, sogar weit mehr, als in der bisherigen Schul- oder Symptom-Medizin.

Sie basiert auf den 5 empirisch gefundenen **Biologischen Naturgesetzen**, die bei jedem einzelnen Fall eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms (SBS) bei Mensch und Säugetier im streng naturwissenschaftlichen Sinne Anwendung finden – so also auch bei unseren **sog. Zahn-„Erkrankungen“:** Schmelz-Karies, Dentin-Löcher, „Parodontose“, Zahnfäule, Kiefernekrose, Gingivitis (= Zahnfleischentzündung), sog. Wurzelvereiterung (= Auslaufen von Callus), Zahnschmerzen: heiß-kalt-Schmerzen, süß-sauer-Schmerzen, Kiefernklemme, Stomatitis aphtosa (= Mundfäule) etc. etc.

Wir müssen nun mit einer ganzen Reihe von Irrtümern der Zahnheilkunde aufräumen, was mir zunächst einmal allgemeines Kopfschütteln der Zahnmediziner einbringen wird. Sie werden sagen: „Das steht in unseren Lehrbüchern ganz anders drin.“

Es beginnt damit, daß das Grundverständnis der gesamten Zahnheilkunde sich grundlegend ändern muß, einfach, weil das bisherige Verständnis falsch war; nicht als falsche Ansicht, über die man streiten könnte, sondern in biologisch-naturwissenschaftlichem Sinne falsch!

a) Zunächst müssen wir wissen, daß alle Vorgänge, die an unseren Zähnen und deren Umgebung ablaufen, als dreischichtiges, synchrones Geschehen ablaufen

- auf der Ebene der Psyche
- auf der Ebene des Gehirns und
- auf der Ebene des Organs (Zahn oder Umgebung des Zahns).

b) Im Falle eines DHS (= Biologischer Konfliktschock), läuft ein, normalerweise zweiphasiges, Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm an unseren Zähnen oder deren Umgebung ab.

Die Spontanheilung eines Zahns (Dentin oder Schmelz) setzt die Beseitigung des dafür verantwortlichen Konfliktes voraus (Conflictolyse).

c) Jeder Teil des Zahns (Schmelz, Dentin, Kieferknochen, umgebende Schleimhäute) hat ein jeweils spezifisches, eigenes Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm.

Merkt Euch dabei: Es gibt keine „Karies an sich“, sondern es gibt die Schmelz-Karies und die Dentin-Karies und die Knochenosteolyse des Kiefers.

Und bei jedem gibt es die beiden Phasen: ca-Phase und pcl-Phase und jeweils auf den 3 Ebenen: Psyche, Gehirn und Organ (= Zahn oder Kiefer).

Die Therapie ist in jedem Falle eine verschiedene. Die rein mechanische Pseudotherapie gehört der Vergangenheit an.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Der zugehörige Konflikt in Verbindung mit den Zähnen ist ein „Beißkonflikt“. Die grobe Richtung der Beißkonflikte wissen wir:

a) Schmelzkonflikte: nicht zubeißen, nicht schnappen, nicht zermalmen – **dürfen**, also der Bernhardiner darf den Dackel nicht beißen – könnte es schon.

b) Dentinkonflikte: nicht zubeißen, nicht schnappen, nicht zermalmen – **können**, also der Dackel kann den Bernhardiner nicht beißen – dürfte es schon.

c) Kieferknochenkonflikte: Selbstwerteinbruch, daß man nicht zubeißen darf oder kann.

Dies ist aber nur der große Oberbegriff: in Wirklichkeit hat jeder Zahn einen spezifischen Konfliktbereich. Zusammenhängend damit haben auch die verschiedensten Tiere für die jeweils spezifischen Zähne ganz verschiedene Prioritäten (Nager, Raubtiere, Wiederkäuer etc.)

Im Nachfolgenden sollen einzelne Fälle zeigen, daß es nicht genügt, die grobe Richtung zu wissen, sondern daß man jeden einzelnen Fall individuell analysieren muß.
Dabei ist es zuallererst wichtig, die Gesamtpersönlichkeit (LH oder RH, Vorkonflikte, Konstellationen, Biologischer Reifestand etc. etc.) zu kennen, um die Bedeutung des DHS und der Folgekonflikte samt Schienen abschätzen zu können. Denn was für den einen vielleicht ein schwerer Konflikt ist, ist evtl. für den anderen nur ein Lächeln.

Mit dieser Tabelle hat jeder, auch der Zahnarzt zusammen mit den Patienten, erstmals die Möglichkeit, die entsprechenden Biologischen Konflikte heraus zu finden, was jedem bei seiner Entscheidung hilft, eine invasive oder eine konservative (zahnerhaltende) Therapie zu wählen.

Ein Zahndoktor, der die Zähne mechanisch bearbeiten kann, um dann die guten Plomben oder Kronen einzubauen, ist uns so vertraut, daß der Gedanke, ein Zahndoktor müsse nach Konflikten bei seinen Patienten forschen, für viele geradezu etwas Lächerliches hat. Daß die Zahndoktoren sich heute nur als Mechaniker fühlen – statt als Ärzte, die den Zusammenhang zwischen Seele und Körper berücksichtigen, das entspricht ihrer Ausbildung zur seelenlosen Brutalmedizin und hat seinen Grund nicht zuletzt natürlich in der bisher gepredigten Dogmenwelt der braven und der wild gewordenen Zellen, die sich aus unerfindlichen Gründen – auf keinen Fall aber durch sinnvolle Codierung des Gehirns – jeweils unterschiedlich verhalten.

Aber nicht alle Zahndoktoren sind so eingestellt gewesen. Auch da hat es gelegentlich schon welche gegeben, die über ihren Mechanikerhorizont schon mal hinausgesehen haben. Eine alte Zahnärztin berichtete mir: „Wenn früher ein junger Mann oder ein Mädchen in meine Praxis kamen, die nie vorher etwas an den Zähnen gehabt hatten, dann war ich meist ganz sicher, daß sie einen Liebeskummer hatten.“ In die biologische Sprache übersetzt würde das lauten: Bei der Trennung aus einer Liebesbeziehung erleiden beide oder einer einen Beißkonflikt, z.B. wenn der Nebenbuhler die Geliebte ausgespannt hat. Man möchte ihn beißen, mit den Zähnen zerfleischen – und ist doch durch die Konventionen daran gehindert.
Genauso aber kann es dabei zum Selbstwerteinbruch, zum Gefühl der Unfähigkeit des Zubeißens (nicht der Verhinderung des Zubeißens!) kommen.
Im ersten Fall würde ein Schmelzkonflikt (Schmelzloch) resultieren, im 2. Fall ein Dentinkonflikt (Dentinloch).
Sicherlich kommen aber beide Konflikte auch gemeinsam vor. Dann würde in der Zahnmedizinsprache „ein tiefes Loch“ resultieren.

Die Therapie des Zahn-Konflikts richtet sich nach der Therapie der übrigen Konflikte unseres Körpers. Sie muß die psychisch-cerebralen und entwicklungsgeschichtlich-anatomischen Gegebenheiten berücksichtigen und hat deshalb mit der bisherigen, rein mechanistischen „Reparatur“ der Zähne wenig zu tun. Das heißt nicht, daß wir uns nicht mechanischer Reparaturmöglichkeiten der Zähne bedienen dürfen, aber wenn, dann nur unter ganz anderen Gesichtspunkten.

Zu den wichtigsten und folgenschwersten Fehlinterpretationen der herkömmlichen Zahnheilkunde gehörten insbesondere 2 Vorstellungen, die beide falsch waren:

1. Man hielt den Schmelz fälschlicherweise für quasi tot, insbesondere für nicht regenerierbar. Dabei ist er sehr lebendig und auch regenerierbar, wie jedes andere Plattenepithel auch, nur sehr viel langsamer, was an der Art des Materials liegt.

2. Man glaubte an ein „invasives Fortschreiten der sog. Karies, d.h., man hat überhaupt niemals auf die Gewebsbarriere Schmelz/Dentin geachtet oder gar darauf Rücksicht genommen. Hätte man das nämlich gemacht, dann hätte man harmlose Schmelzkaries nicht „weit im Gesunden“ ausgefräst, sprich weit ins Dentin gebohrt, weil die Gewebsbarriere ja nicht übersprungen wird.

Was resultiert aus diesen Vorstellungen für die konkrete Therapie?
Der Mensch hat ein lächerliches Loch im Zahn, geht zum Zahndoktor, der schmiert eine Plombe hinein und alles scheint vergessen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Für uns biologisch dekadente Breiesser mag das Löchlein in mancher Hinsicht lächerlich erscheinen, für unsere Mitkreatur Tier, die ein gleiches Löchlein erleiden würde, wäre das keineswegs lächerlich, sondern vielleicht der Beginn des sicheren Todes. So wichtig sind nämlich die Zähne für die Tiere!!
Unser Gehirn ist aber auch noch nicht auf unsere parabiologisch pervertierte Zivilisation programmiert, sondern noch für die – wie wir sagen würden – „freie Wildbahn"; auf den Kampf ums Überleben des Einzelnen und mehr noch: ums Überleben der Art!

Infolgedessen nimmt das Relaiszentrum für die jeweils beiden Zahnteile im Gehirn einen jeweils relativ großen Raum ein. Von daher gesehen ist eben ein Zahnlöchlein keine Lächerlichkeit, sondern biologisch ein sehr wichtiges Geschehen, das eine hohe biologische Wertigkeit hat.
Aber nicht nur jeder einzelne Zahn, von denen ja jeder eine andere Funktion hat, sondern sogar die einzelnen Teile des Zahns (Schmelz- und Dentinteil) haben offensichtlich eigene kleine Relaiszentren. Wir sehen das daran, daß oftmals kleine Schmelz-Löcher wie mit dem Bohrer aus der Schmelzdecke herausgefräst sind. Da ja der Schmelz eine organische Zellsubstanz ist (wenn auch nur zu 3 % organische Bestandteile enthalten sind), so betreffen eben diese Zahnschmelz-„Ulcera" genau einen bestimmten HAMERschen HERD im Gehirn und einen ganz speziellen Konfliktinhalt. Daß der Schmelz wirklich eine organische Substanz, ähnlich wie das Haar ist, sehen wir z.B. bei den Nagern, bei denen der Schmelz mit Hilfe der Adamantoblasten kontinuierlich nachgeliefert wird. Im Prinzip ist es bei allen Tieren so und auch beim Menschen, nur laufen diese Prozesse bei uns sehr viel langsamer ab.

Daß der Schmelz Stoffwechsel hat und sich demineralisieren und remineralisieren kann, wird in keinem Lehrbuch der Zahnheilkunde bestritten. Beim Zahndentin ist sogar allgemein unstrittig, daß er nekrotisieren, bzw. osteolysieren kann und auch wieder rekalzifizieren kann. Dabei unterscheiden sich der entwicklungsgeschichtlich jüngere **Lamellenknochen Dentin** von dem älteren **Flechtknochen Zement** kaum voneinander.

Kurz, wir haben es beim Schmelzdefekt praktisch mit einer Art Plattenepithel-Ulcus zu tun. Ist das Dentin/der Zement, das sog. Zahnbein, betroffen, haben wir es mit einer Knochenosteolyse zu tun.

Bei der künftigen, biologischen Zahnbehandlung sehe ich vor allem folgende zwei Probleme:

1. Problem: Der Patient ist durch die bisherige Behandlung daran gewöhnt, daß der kranke Zahn repariert wird, wie eine defekte Autohupe.
Es ist für ihn sehr schwierig, einzusehen und ist sogar technisch oft nicht realisierbar, daß der Patient auf die Heilung quasi wartet und dabei sogar Schmerzen in Kauf nimmt (die ja im Falle der pcl-Phase einer Dentin-Osteolyse ein gutes Zeichen sind).
Darüber hinaus kann der Patient natürlich stets in den sog. „Teufelskreis" hineinkommen, der darin bestehen kann, daß die Zahnschmerzen, die er mindestens teilweise ertragen soll, eine ungeheuer zermürbende Wirkung haben und wiederum zu neuem Selbstwerteinbruch führen können, wenn ein DHS hinzukommt. Der Patient ist oftmals nicht fähig oder willens, der Rekalzifikation des Zahnes die Bedeutung beizumessen, die ihr gebührt.

2. Problem: **Die Kombination der dem Schmelz zugehörigen Konflikte und der dem Dentin zugehörigen Konflikte ist bei den Zähnen gar nicht selten,** auch wenn es sich natürlich streng genommen um zwei eigene DHSe handelt.
Denn das Nicht-zubeißen-dürfen und das Nicht-zubeißen-können liegen ja nicht so weit voneinander entfernt, als daß nicht beide Konflikte in einer gewissen Häufigkeit gemeinsam auftreten könnten. Die Konfliktinhalte liegen dicht beieinander.
Bei solch doppelten SBS des Zahns die Wiederherstellung des Schmelz- und des Dentin-Gewebes abzuwarten, wird jedem Patient schwer fallen, selbst für den positiven Fall, daß beide Konflikte gelöst sind. Zwischen Prinzip und Realisierbarkeit des Prinzips besteht eben hier eine große Diskrepanz. Schließlich kann die Heilung nicht im „konfliktleeren Raum" stattfinden. Das ist die harte Realität.

Fassen wir alles zusammen, so wird es lange dauern, bis die bisherige „Reparatur" der Zähne umgestellt ist auf die notwendige, biologisch orientierte Therapie des Zahns.

Also bestehen die Schwierigkeiten in der Therapie sowohl im mangelnden Verständnis der zu Zahnklempnern ausgebildeten Dentalmediziner, als auch die auf rasche Beseitigung des „mechanischen Zahnschadens" ausgerichtete Erwartungshaltung der Patienten.

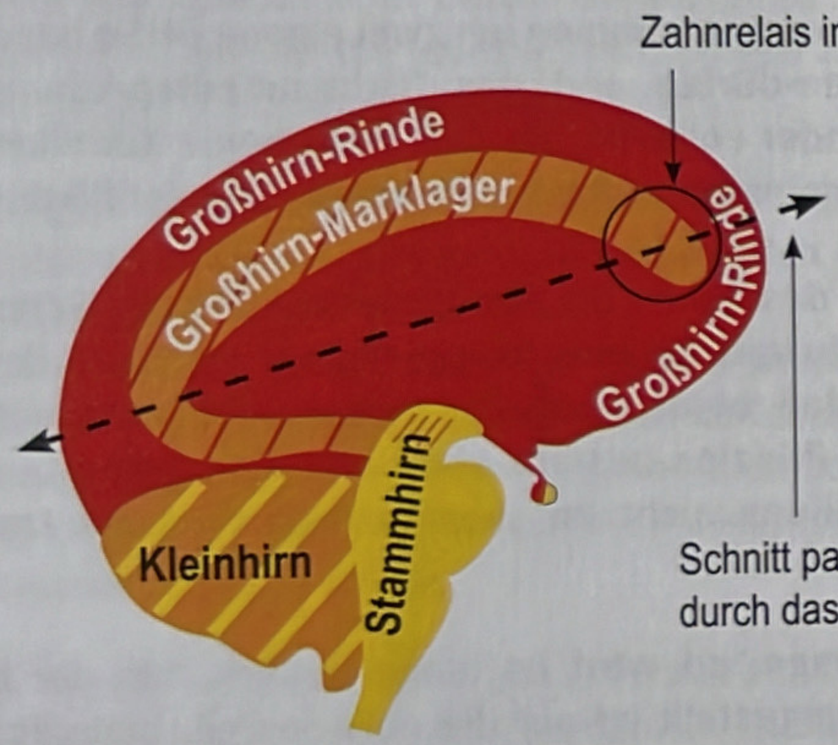
Und so scheint mir, daß das Allerwichtigste darin besteht, daß der Dentalmediziner zu einem mit den Regeln der Germanischen Heilkunde – mit ihren 3 Ebenen (psychisch, cerebral und organisch) – vertrauten Zahnarzt wird, und in gleicher Weise der Patient zu einem Partner, der nach den Regeln der Germanischen Heilkunde handelt, statt sich wie ein Auto reparieren zu lassen.

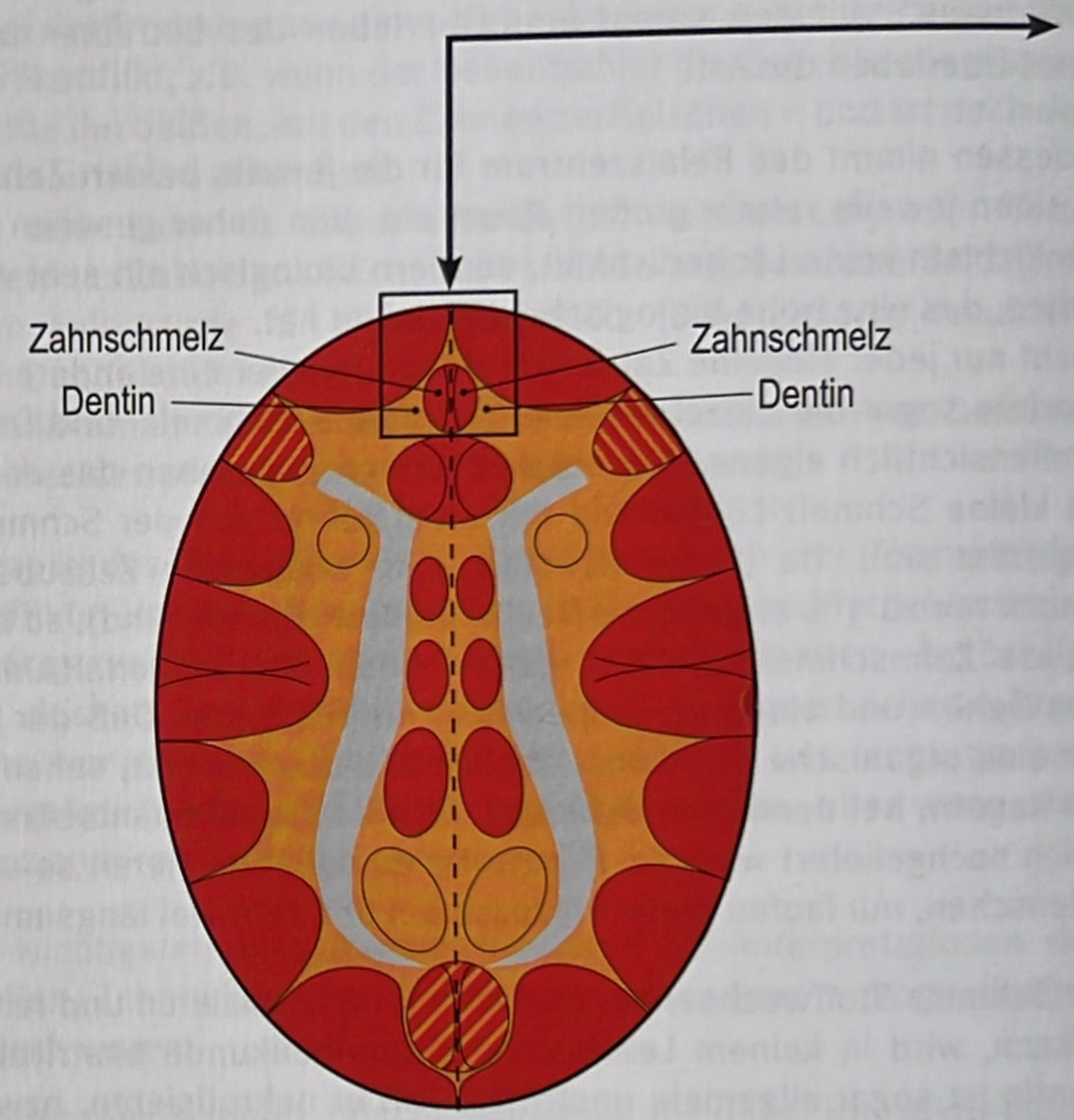
Die psychische Bedeutung eines Zahnkonflikts ist ja um ein Vielfaches größer, als es das vermeintlich so kleine unbedeutende Löchlein im Zahn ist.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Die Hirnrelais bzw. Hamer'schen Herde für die Zähne liegen im Frontalhirn[1]:
- Zahnschmelz (Ektoderm) im Cortex
- Dentin und Kieferknochen (Mesoderm) im Marklager

Interessant ist, daß die Relais für die Zähne (Zahnschmelz, Dentin und Kieferknochen) im Gehirn unmittelbar beieinander liegen, ähnlich wie bei den Organen: Schmelz, Dentin und Kiefer.





GROßHIRN-RINDE-Horizontal-Hirn-CT (Schnitt parallel zur Schädelbasis)

---

1 Wir unterscheiden bei jeder der beiden Hemisphären den frontalen (vorderen), occipitalen (hinteren), cranialen (oberen), basalen (unteren), lateralen (seitlichen) und interhemisphärischen (mittleren) Cortex-Bereich. Besondere Bedeutung haben die sog. „Revierbereiche" rechts und links.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Linke Hemisphäre: Rechter Ober- u. Unterkiefer
(die Relais für Oberkieferzähne jeweils 2-3 mm höher als die Relais für Unterkieferzähne)

1re = Rechte mittlere/innere SCHNEIDEZÄHNE
(Oberkiefer = 11; Unterkiefer = 41):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin, Mesoderm (Orange)

2re = Rechte seitliche/äußere SCHNEIDEZÄHNE
(Oberkiefer = 12; Unterkiefer = 42):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin, Mesoderm (Orange)

3re = Rechte ECKZÄHNE = Fangzähne (Oberkiefer = 13;
Unterkiefer = 43):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin, Mesoderm (Orange)

4re = Rechte 1. kleine BACKENZÄHNE = 1. kleine Mahlzähne
= 1. Prämolaren (Oberkiefer = 14; Unterkiefer = 44):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin, Mesoderm (Orange)

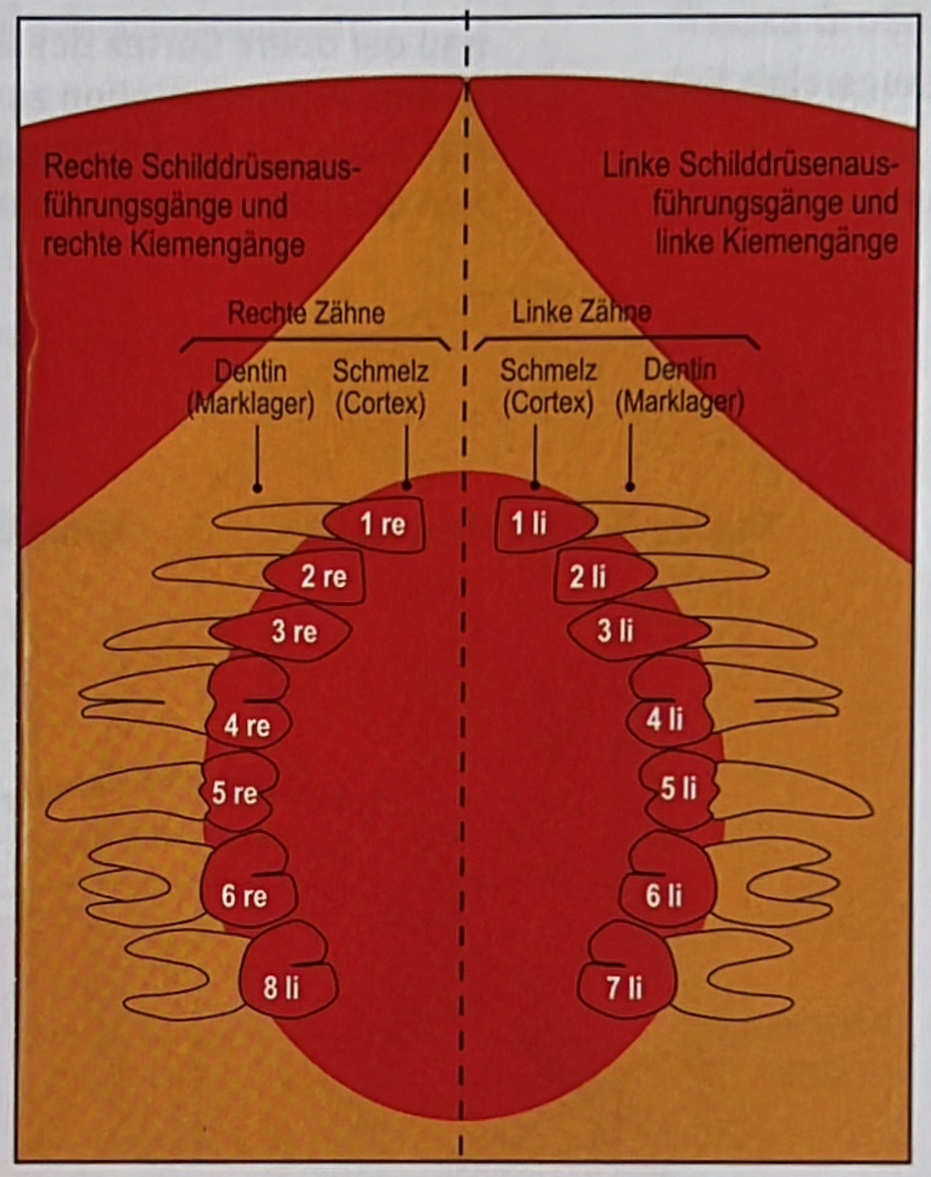
5re = Rechte 2. kleine BACKENZÄHNE = 2. kleine Mahlzähne
= 2. Prämolaren (Oberkiefer = 15; Unterkiefer = 45):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin, Mesoderm (Orange)

6re = Rechte 1. große BACKENZÄHNE = 1. große Mahlzähne
= 1. Molaren (Oberkiefer = 16; Unterkiefer = 46):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin, Mesoderm (Orange)

7re = Rechte 2. große BACKENZÄHNE = 2. große Mahlzähne
= 2. Molaren (Oberkiefer = 17; Unterkiefer = 47):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin, Mesoderm (Orange)

8re = Rechte 3. große BACKENZÄHNE
= 3. große Mahlzähne = 3. Molaren = Weisheitszähne
(Oberkiefer = 18; Unterkiefer = 48):
HH im Cortex li. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager li. für Dentin,
Mesoderm (Orange)

Rechte Hemisphäre: Linker Ober- u. Unterkiefer
(die Relais für Oberkieferzähne jeweils 2-3 mm höher als die Relais für Unterkieferzähne)



Die Relais, im SBS-Fall HAMERsche HERDE, für den Unterkiefer liegen ca. 0,7 cm tiefer als die Relais für die Oberkiefer-Zähne.

1li = Linke mittlere/innere Schneidezähne (Oben = 21; Unten = 31):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

2li = Linke seitliche/äußere Schneidezähne (Oben = 22; Unten = 32):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

3li = Linke Eckzähne = Fangzähne (Oben = 23; Unten = 33):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

4li = Linke 1. kleine Backenzähne = 1. kleine Mahlzähne = 01. Prämolaren
(Oben = 24; Unten = 34):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

5li = Linke 2. kleine Backenzähne = 2. kleine Mahlzähne = 2. Prämolaren
(Oberkiefer = 25; Unterkiefer = 35):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

6li = Linke 1. große Backenzähne = 1. große Mahlzähne = 1. Molaren
(Oberkiefer = 26; Unterkiefer = 36):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

7li = Linke 2. große Backenzähne = 2. große Mahlzähne = 2. Molaren
(Oberkiefer = 27; Unterkiefer = 37):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

8li = Linke 3. große Backenzähne = 3. große Mahlzähne = 3. Molaren
= Weisheitszähne (Oberkiefer = 28; Unterkiefer = 38):
HH im Cortex re. für Schmelz, Ektoderm (Rot)
HH im Marklager re. für Dentin, Mesoderm (Orange)

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Schauen wir uns die Relais für die Zähne im Gehirn genauer an – und ihre Nachbarschaft, dann finden wir sie im Stirnhirn in Nachbarschaft zu

a) den Kiemengangsrelais und Schilddrüsenausführungsgängenrelais rechts cerebral und

b) den Schilddrüsenausführungsgängenrelais und Kiemengangsrelais links cerebral

Caudal (unten) ist das große Relais für die Plattenepithelhaut des Mundes

c) rechts cerebral und

d) links cerebral

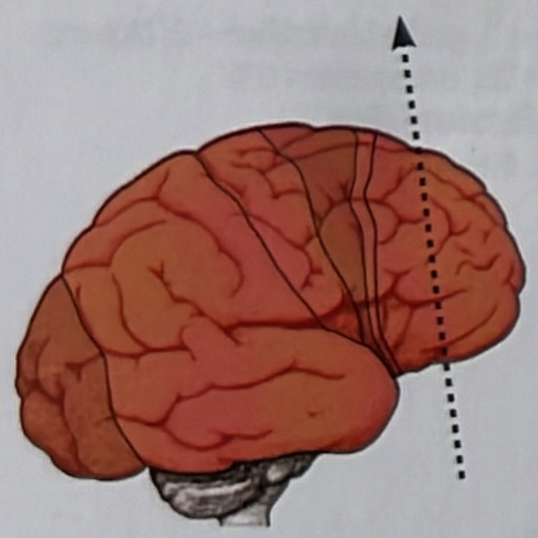
Dorsal sind die Zuckerrelais gelegen,

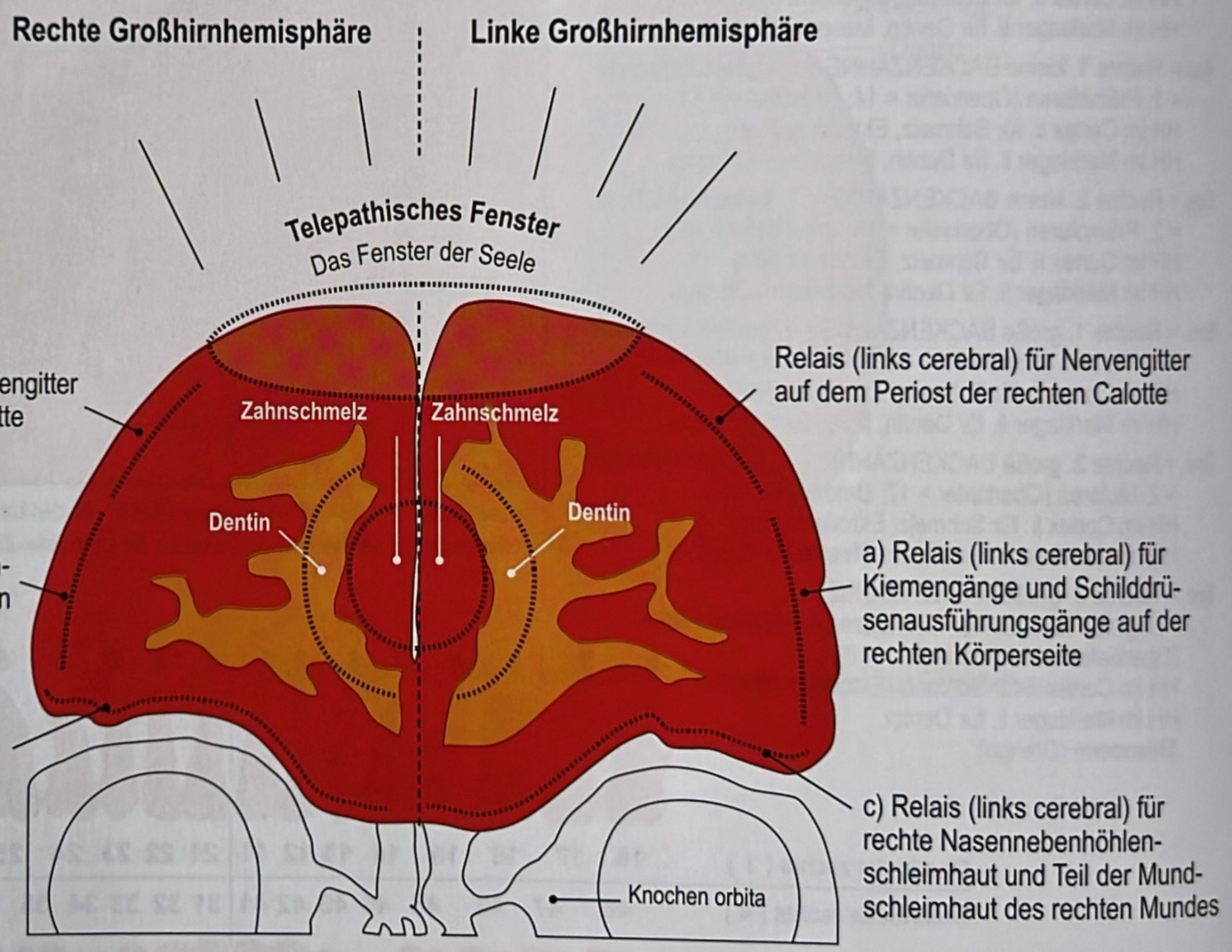
e) rechts cerebral für Diabetes (β-Inselzellen) und

f) links cerebral für Unterzuckerung (α–Inselzellen)

und der obere Cortex des äußeren Stirnhirns, ein großer Peilsender und ein großes Richtmikrophon zur Aufnahme telepathischer Wellen.
Das Dach des Stirnhirns = telepathische und kommunikative Parabolantennen des Organismus? Ich nenne es das Telepathische Fernster.

Schnitt durch das frontale Rindenfeld, alte Sensorik (= SS-Schema)





Frontales Rindenfeld mit dem „Telepathischen Fenster“
Senkrecht-transversales-Hirn-CT (Ausschnitt) von vorne gesehen

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Linke Großhirnhemisphäre

Rechte Großhirnhemisphäre

b) Relais (links cerebral) für Kiemengänge und Schilddrüsenausführungsgänge auf der rechten Körperseite

a) Relais (rechts cerebral) für Kiemengänge und Schilddrüsenausführungsgänge auf der linken Körperseite

Relais (links cerebral) für Zahnschmelz der rechten Zähne

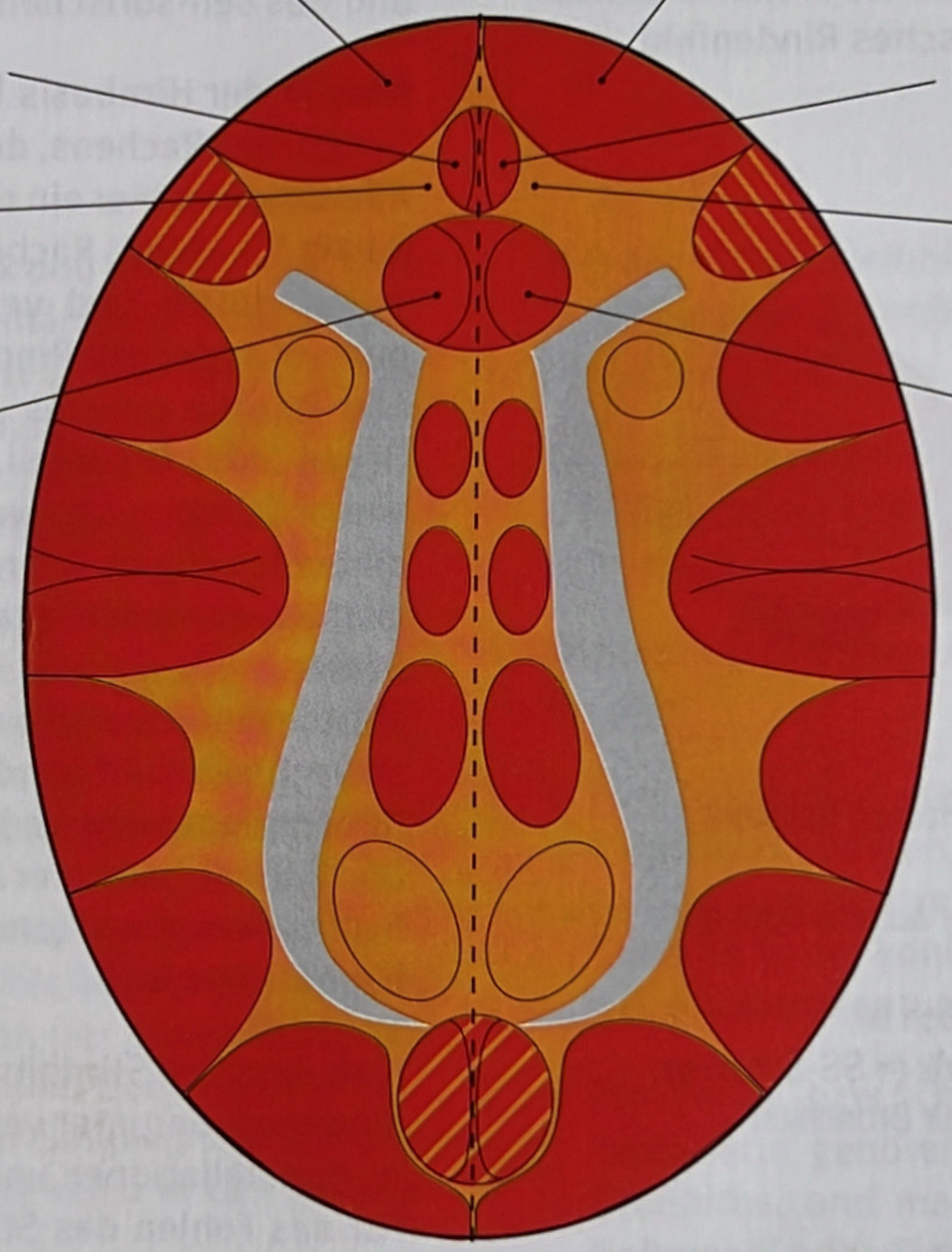
Relais (rechts cerebral) für Zahnschmelz der linken Zähne

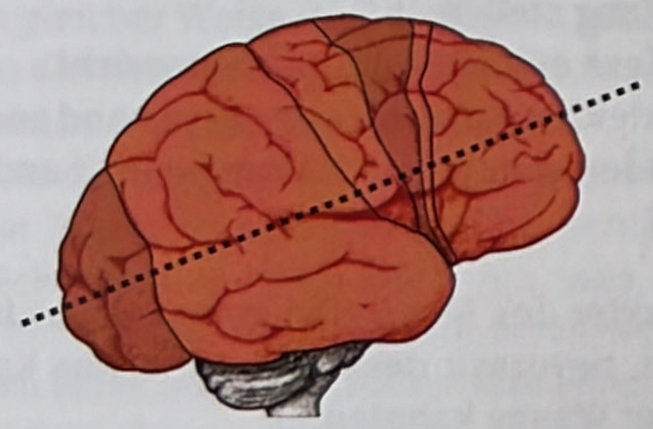
Relais (links cerebral) für Dentin der rechten Zähne

Relais (rechts cerebral) für Dentin der linken Zähne

f) Relais (links cerebral) für Alfa-Inselzellen des Pankreas

e) Relais (rechts cerebral) für Beta-Inselzellen des Pankreas





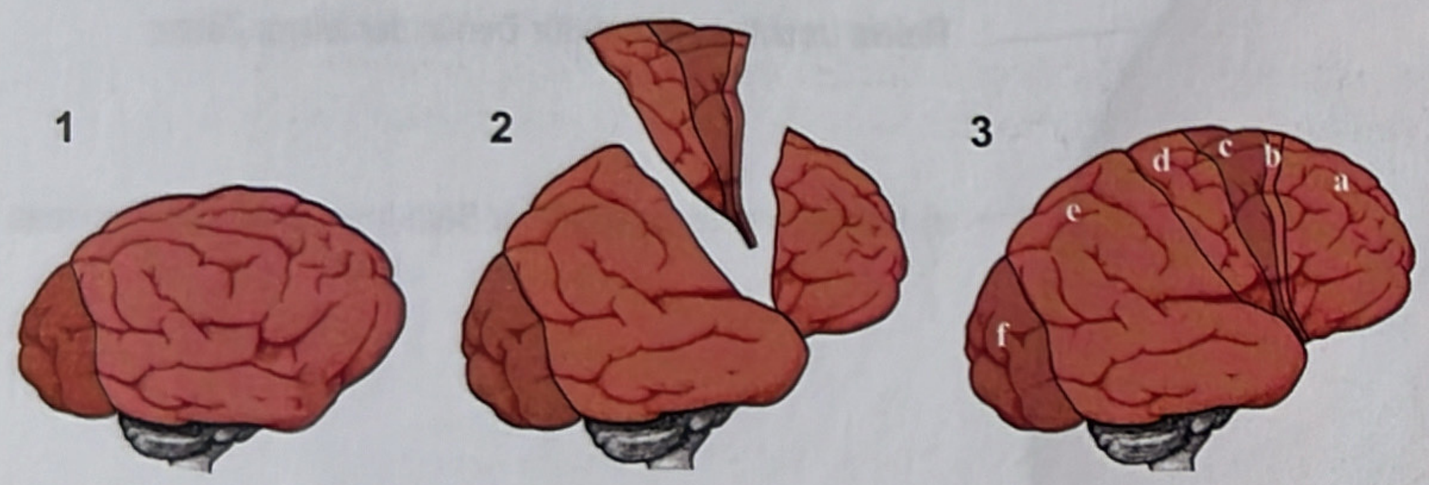
Standard-CT-Schnitt parallel zur Schädelbasis

GROßHIRN-RINDE-Horizontal-Hirn-CT (Schnitt parallel zur Schädelbasis wie auf der Grafik links)

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Die Kiemengangsrelais stammen entwicklungsgeschichtlich aus der frühen Fischzeit, wobei wir ja wissen, daß „früher“ die Schilddrüse durch die Schilddrüsenausführungsgänge ihr Thyroxin direkt in den Darm abgegeben hat (sog. exokrine Drüse). Daß sie das Thyroxin direkt in die Blutbahn abgibt, kam erst viel später (jetzt: endokrine Drüse).
Die Zahnrelais müssen also entwicklungsgeschichtlich etwa um die gleiche Zeit angelegt worden sein wie z.B. die Kiemengänge der Fische.

Wir stellen erstaunt fest, daß es im Frontalhirn ein weiteres, breiteres sensorisches Rindenfeld gibt, ich nenne es frontales sensorisches Rindenfeld.



1 Früherer Cortex für das Plattenepithel auf dem Periost = alte Haut (= Schlund-Schleimhaut-Schema = SS-Schema) mit Sehrinde (occipital)
2 Hier sehen wir schematisch den Keileinschub (= Rindenfeld für äußere Haut und quergestreifte Muskulatur)
3 Hier sehen wir den eingeschobenen Keil, wie er auch heute noch ist.
   a) Frontales Rindenfeld für Periost-Nervengitter = alte Sensorik (= SS-Schema)
   b) Prämotorisches Sensorisches Rindenfeld (= ÄH-Schema für Bronchien (rechts) und Kehlkopf und Sprachzentrum (links))
   c) Motorisches Rindenfeld
   d) Sensorisches Rindenfeld (= ÄH-Schema)
   e) Postsensorisches Rindenfeld = alte Sensorik (= SS-Schema)
   f) Sehrinde

Frontales sensorisches Rindenfeld mit dem „Telepathischen Fenster“

Das frontale sensorische Rindenfeld hat ausschließlich Relais für Organe, die mit ihrer Sensibilität beim SBS nach dem Schlund-Schleimhaut-Schema verlaufen. Damit gehört es zum postsensorischen Rindenfeld, bei dem das auch so ist. Dieses ursprünglich einmal zusammenhängend gewesene, einheitliche Rindenfeld (prämotorisch und postsensorisch) wurde im Nachhinein durch die Keile des prämotorischen sensorischen, des motorischen und des sen-sorischen Rindenfeldes teilweise getrennt.

Aber in der Hirnbasis hängt es noch zusammen: die Relais für einen Teil der Zunge, des Rachens, des Mundes (alle N. Trigeminus), der Nasennebenhöhlen. Allerdings ist hier ein relativ frontaler, verticaler Schnitt zu sehen, die übrigen Relais für Mund, Rachen, Zunge (alle früheren Anteile des Schlundes) liegen weiter dorsal und verbinden sich mit den basal-corticalen Anteilen des postsensorischen Rindenfeldes.
Alle Bezirke unseres Gehirns korrespondieren mit einem entsprechenden Organ oder Organteil. Einzig für die Stelle hinter der Stirn-Haar-Grenze mit einem Durchmesser von 7-8 cm, für diese Stelle finden wir kein korrespondierendes Organ. Ich nenne es das „TELEPATHISCHE FENSTER“ unseres Organismus, quasi der Parabolspiegel für Sendung und Empfang – das Fenster der Seele.
Mit diesem Bereich kann unser Gehirn direkt senden und empfangen, also abwechselnd auf Sendung oder Empfang stellen.
Der Empfang kann so intensiv sein, dass er einer Hypnose entspricht.
Der Patient kann hier auch ein SBS erleiden, sowohl, wenn er jemand anderen hypnotisieren will (und nicht kann) oder wenn er selbst von jemand anderem hypnotisiert wird.

Man sagt: Im Stirnhirn sei der Charakter des Menschen gelegen, was immer man auch darunter verstanden hatte, bevor wir unsere Biologischen Konflikte, Konstellationen und die Regeln der Waage kannten.
Für das Fehlen des Stirnhirns hatten wir nach dem Krieg reichlich Fälle zum Studium. Wenn ich mir die Fälle, die ich erlebt habe, vor meinem inneren Auge Revue passieren lasse, dann muß ich sagen, diese Menschen hatten eine schlechte Auffassungsgabe. Wir sagten damals: sie sind schwer von Capé. Das faßten wir damals als Veränderung des Charakters auf.
Aber ich verstehe das Stirnhirn als eine Art Richtmikrophon oder Richtsensor. Ich glaube, daß wir mit dem Stirnhirn Dinge in unserer Umgebung direkt wahrnehmen können, daß das Stirnhirn ein zusätzliches oder sogar vielleicht das hauptsächliche sensitive Organ bei Mensch und Tier ist.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

MESODERM

Mittleres Keimblatt

In der Germanischen Heilkunde ist für die Diagnostik und für die Prognostik des Verlaufs eines SBS die Händigkeit (also Rechtshändigkeit oder Linkshändigkeit), beginnend mit den vom Kleinhirn gesteuerten SBS, von fundamentaler Bedeutung. Schon nach der 1. Zellteilung des Embryos liegt die Händigkeit des neuen Wesens (Mensch und Tier) fest.
Für die SBSe des Stammhirns spielt die Händigkeit keine Rolle.

Daher gilt für alle Relais des Kleinhirns und des gesamten Großhirns, daß die Korrelation vom Gehirn zum Organ gekreuzt ist. Trotzdem unterscheiden sich Kleinhirn und Großhirn nochmals voneinander, obwohl für beide in gleicher Weise die Händigkeit gilt.
Im Kleinhirn schlagen die Konflikte streng nach Zugehörigkeit des Konfliktinhalts in Bezug zum Organ ein.
D.h. die Kleinhirnseiten sind jeweils konflikt-thematisch gebunden.
Ein Mutter/Kind-Sorgekonflikt schlägt bei einer Rechtshänderin immer rechts lateral im Kleinhirn ein, was die Brustdrüsen der linken Brust betrifft. Erleidet die Patientin einen weiteren Mutter/Kind-Sorgekonflikt wegen eines anderen Kindes oder einen Tochter/Mutter-Sorgekonflikt für ihre Mutter, dann schlagen auch diese beiden Konflikte noch in das gleiche Kleinhirn-Relais als HAMERsche HERDE ein.
Auch wenn sie zwei weitere Attacke-Konflikte gegen die linke Bauch- oder Brustseite (Peritoneal- und Pleura-Mesotheliom) erleidet, schlägt alles auf die rechte Kleinhirnseite, die dann fünf aktive HAMERsche HERDE in Schießscheiben-Konfiguration aufweisen würde, links dagegen keinen einzigen.

So etwas wäre im Marklager-Bereich auch noch möglich. Konfliktinhalt und Organbezug sind hier immer „eineindeutig“, d.h. konflikt-thematisch gebunden.

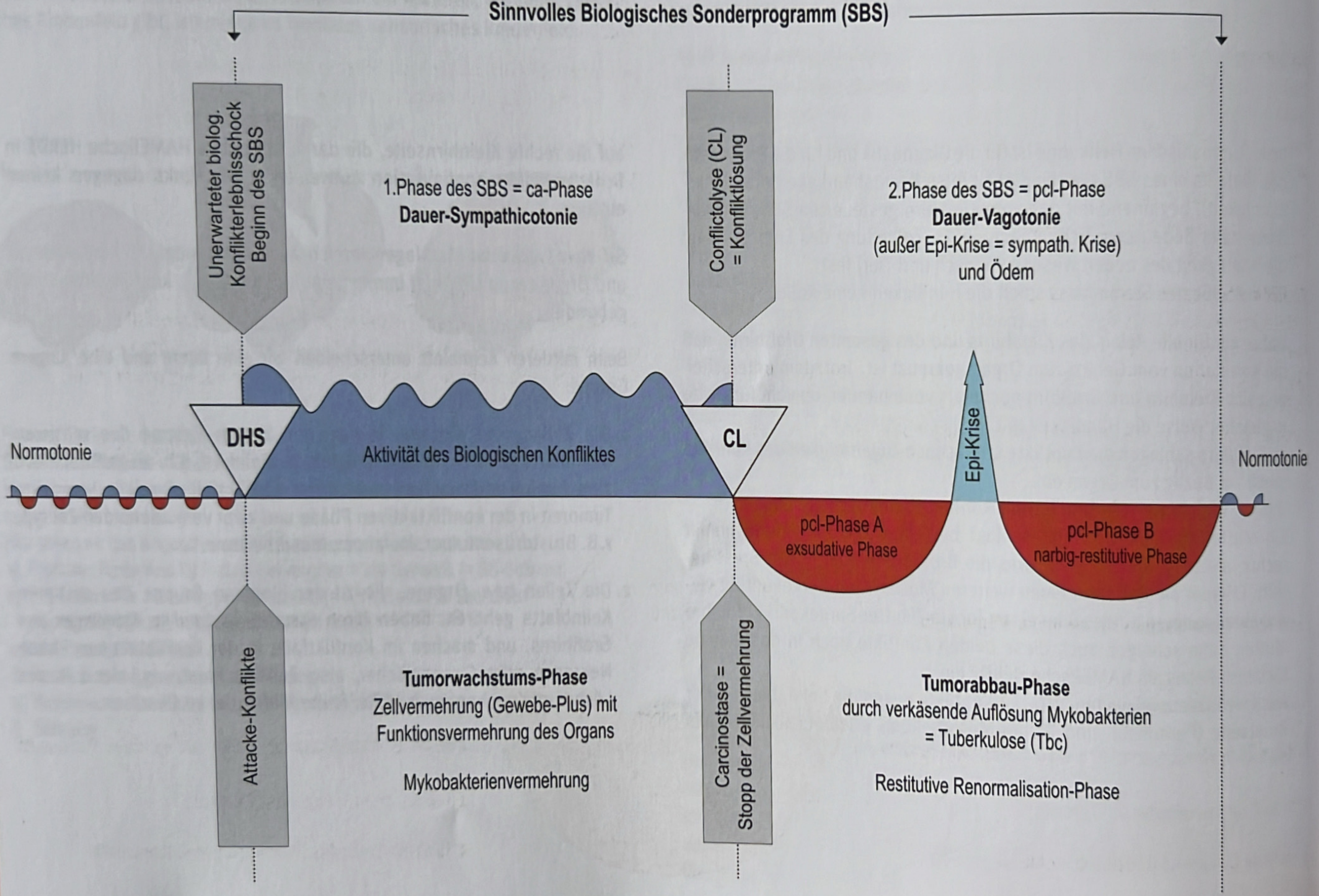
Beim mittleren Keimblatt unterscheiden wir eine ältere und eine jüngere Gruppe:

1. Die Zellen bzw. Organe, die zu der älteren Gruppe des mittleren Keimblatts gehören, haben ihr Relais im Kleinhirn, d.h. sie gehören noch zum Althirn und machen deshalb im Konfliktfall ebenfalls kompakte Tumoren in der konfliktaktiven Phase und zwar vom adenoiden Zelltyp, z.B. Brustdrüsentumor, Melanom, Mesotheliome.

2. Die Zellen bzw. Organe, die zu der jüngeren Gruppe des mittleren Keimblatts gehören, haben ihren Steuerungsplatz im Marklager des Großhirns, und machen im Konfliktfalle in der konfliktaktiven Phase Nekrosen oder Gewebslöcher, also Zelleinschmelzung, hier z.B. die Löcher im Knochen, in der Milz, in der Niere oder im Ovar.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Altes MESODERM
vom Kleinhirn gesteuert



® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das KLEINHIRN-MESODERM

Die Alten Mesoderm-Organe unseres Körpers sind vom Kleinhirn gesteuert. Die Korrelation vom Gehirn zum Organ ist gekreuzt.

Altes Mesoderm Gewebe: Zylinder-ähnliches-Epithel

Alte Mesoderm-Organe:
Coriumhaut (Lederhaut) mit Schweißdrüsen und Talgdrüsen
Milchdrüsen
Herzbeutel (Perikard)
Rippenfell (Pleura)
Bauchfell (Peritoneum)
Großes Netz (Epiploon = viszerales Peritoneum)
Nervenscheiden

Konflikt: Attacke-Konflikte (Integrität)
Bei Rechtshändern (RH), egal ob Frau oder Mann:
Rechte Körperhälfte – der Konflikt hat mit Partner zu tun;
Linke Körperhälfte – der Konflikt hat mit Mutter oder Kindern zu tun.
Bei Linkshändern (LH), egal ob Frau oder Mann:
Rechte Körperhälfte – der Konflikt hat mit Mutter oder Kindern zu tun;
Linke Körperhälfte – der Konflikt hat mit Partner zu tun.

Ca-Phase (sympathicotone Phase)**:** Zellvermehrung (Tumor: Gewebe-Plus) mit Funktionsvermehrung des Organs. In der ca-Phase bilden sich blumenkohlartige oder flächenhaft wachsende, kompakte, adenoide Karzinome (Adenoides-Ca).

Mikroben: Die Mykobakterien (Pilzbakterien) vermehren sich keimblattgemäß in der konfliktaktiven Phase (ca-Phase).

Der biologische Sinn liegt in der ca-Phase.

Mit der Konfliktlösung (CL) stoppt die Zellvermehrung oder das Tumorwachstum (= Carcinostase).

Pcl-Phase (vagotone Phase, außer Epi-Krise)**:**

Gewebe: Bei den Kleinhirn-gesteuerten, mesodermalen Organen werden die neu gewachsenen Zellvermehrungen im Tumorfall in der vagotonen Phase (pcl-Phase) durch Mykobakterien (z.B. Tbc) verkäsend nekrotisierend abgebaut. Was bis zum Ende der Heilungsphase nicht geschafft ist, bleibt.

Mikroben: Vermehrung ab DHS, Aktivität in pcl-Phase (Tumor-Abbau)

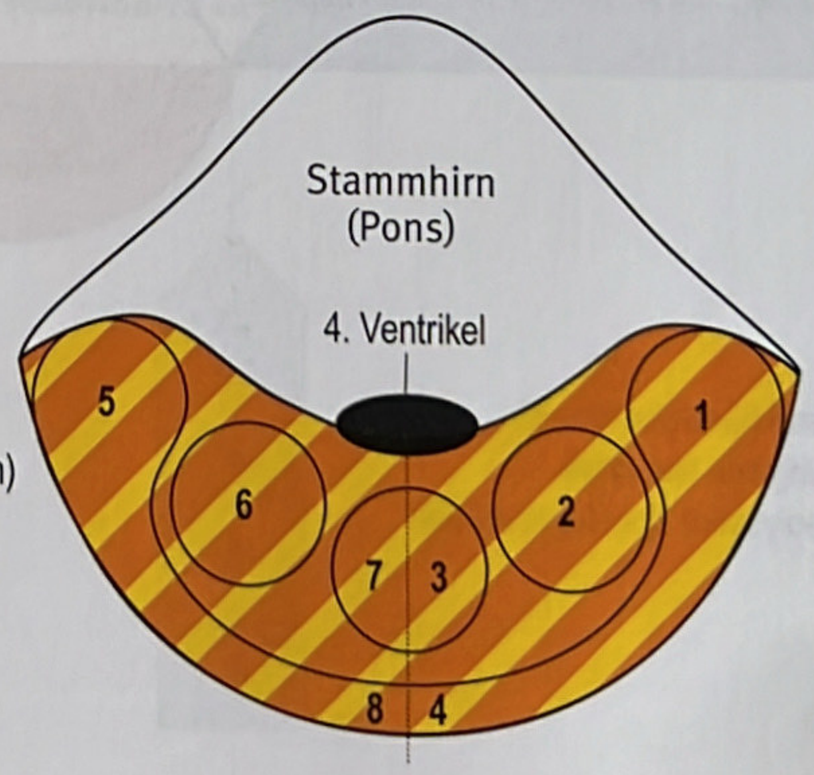
Linke Kleinhirnhemisphäre für die rechte Körperseite

5 Relais fur rechte Brustdrüsen

6 Relais für rechtes Rippenfell (Pleura) und Bauchfell (Peritoneum)

7 Relais für rechten Herzbeutel (Perikard)

8 Relais für Coriumhaut (Lederhaut), rechte Körperhälfte



Rechte Kleinhirnhemisphäre für die linke Körperseite

1 Relais fur linke Brustdrüsen

2 Relais für linkes Rippenfell (Pleura) und Bauchfell (Peritoneum)

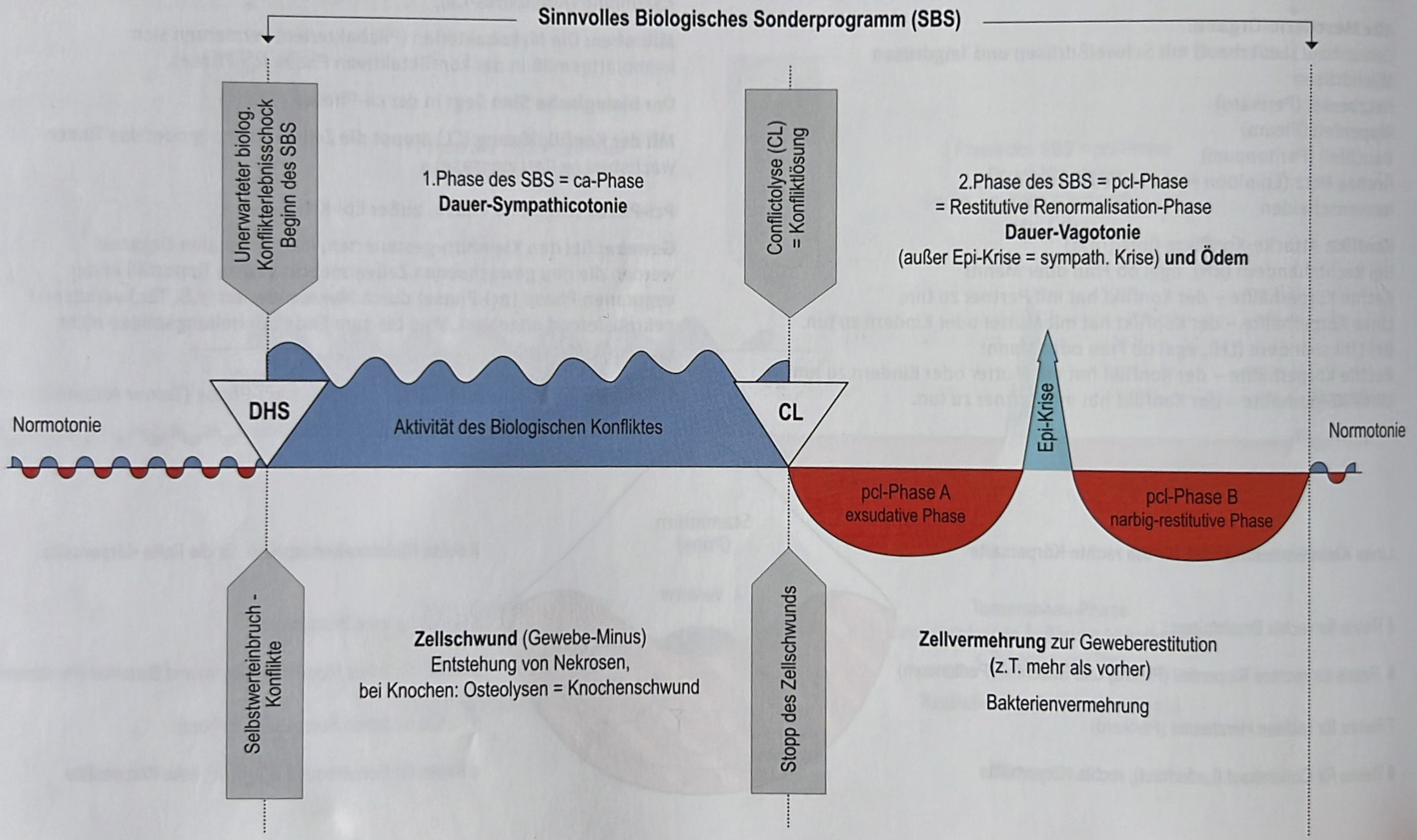
3 Relais für linken Herzbeutel (Perikard)

4 Relais für Coriumhaut (Lederhaut), linke Körperhälfte

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Neues MESODERM

vom Großhirn-Marklager gesteuert



® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das GROSSHIRN-MARKLAGER-MESODERM

Die Neu-Mesoderm-Organe unseres Körpers sind vom Großhirn-Marklager gesteuert. Die Korrelation vom Gehirn zum Organ ist gekreuzt.

Neu-Mesoderm-Gewebe:
Glia, Bindegewebe, Sehnengewebe, Knorpelgewebe, Lymphknoten, Lymphgefäße (außer Koronargefäße), Blut und Blutgefäße, quergestreiftes Muskulatur-Gewebe, Knochengewebe, Nierenparenchym, Eierstocksparenchym, Hodenparenchym und Glaskörper des Auges (z.T. ektodermal)

Konflikt: Selbstwerteinbruch (SWE)

Bei Rechtshändern (RH), egal ob Frau oder Mann:
Rechte Körperhälfte: Der Selbstwerteinbruch-Konflikt hat mit Partner zu tun;
Linke Körperhälfte: Der Selbstwerteinbruch-Konflikt hat mit Mutter oder Kindern zu tun.
Bei Linkshändern (LH), egal ob Frau oder Mann:
Rechte Körperhälfte: Der Selbstwerteinbruch-Konflikt hat mit Mutter oder Kindern zu tun;
Linke Körperhälfte: Der Selbstwerteinbruch-Konflikt hat mit Partner zu tun.

Mikroben: vom Großhirn-Marklager gesteuertes neumesodermales Gewebe ist mit Bakterien korreliert.
Die Bakterien vermehren sich ab CL und sind in der pcl-Phase aktiv.

Ca-Phase (sympathicotone Phase)**:**
In der ca-Phase entstehen Nekrosen (Zellschwund = Gewebe-Minus), beim Knochen werden sie Osteolysen (= Knochenschwund) genannt.

Wenn der Patient es schafft, eine Lösung seines Konflikts zu erreichen (**Konfliktlösung** = CL), dann stoppt die weitere Zunahme von Nekrosen oder Osteolysen und er kommt in die pcl-Phase (restitutive Renormalisations-Phase).

Pcl-Phase (vagotone Phase, außer Epi-Krise)**:**
In der pcl-Phase wird die in der ca-Phase enstandene - Nekrose (Gewebe-Minus) unter Schwellung wieder aufgebaut (Gewebe-Plus).
Am Ende mehr Masse als vorher.
Auf dem neumesodermalen Parenchym-Gewebe beginnt im Moment der Konfliktolyse die **Zystenbildung**.

Der biologische Sinn liegt am Ende der pcl-Phase (Luxus-Gruppe).

GROSSHIRN-MARKLAGER-ORGAN-BEZUG

Linke Seite des Großhirn-Marklagers
für die rechte Körperseite

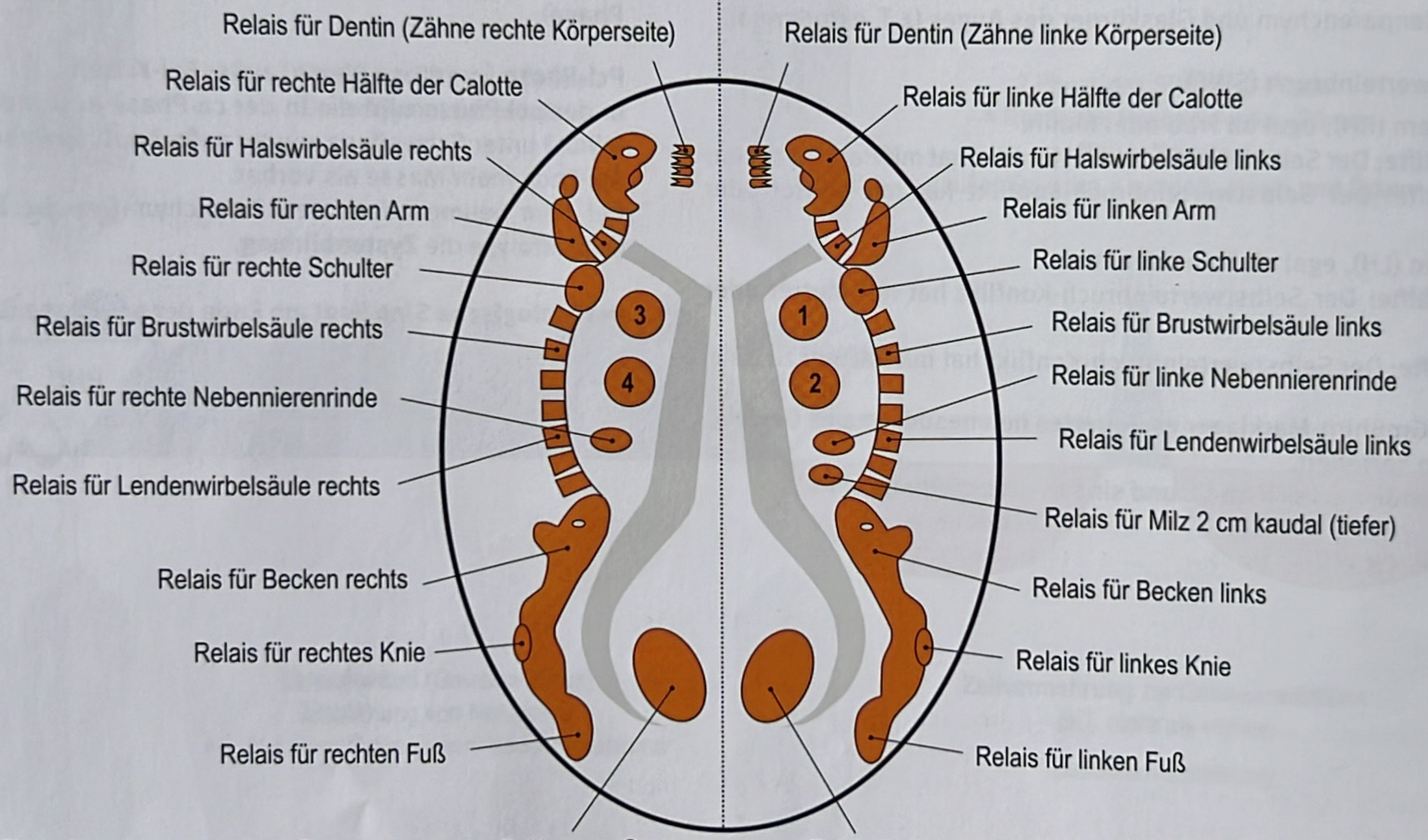
3. Relais (trophisches Zentrum) des quergestreiften Anteils des linken Myokards, früher entwicklungsgeschichtlich rechter Herzschlauch.
Im Konfliktfall: Linksherz-Myokardnekrose.
Epileptische Krise: Myokardinfarkt links = epileptischer Herzanfall

4 Relais (trophisches Zentrum) für das rechte Zwerchfell (Diaphragma)

Rechte Seite des Großhirn-Marklagers
für die linke Körperseite

1. Relais (trophisches Zentrum) des quergestreiften Anteils des rechten Myokards, früher entwicklungsgeschichtlich linker Herzschlauch.
Im Konfliktfall: Rechtsherz-Myokardnekrose.
Epileptische Krise: Myokardinfarkt rechts = epileptischer Herzanfall

2. Relais (trophisches Zentrum) für das linke Zwerchfell (Diaphragma)



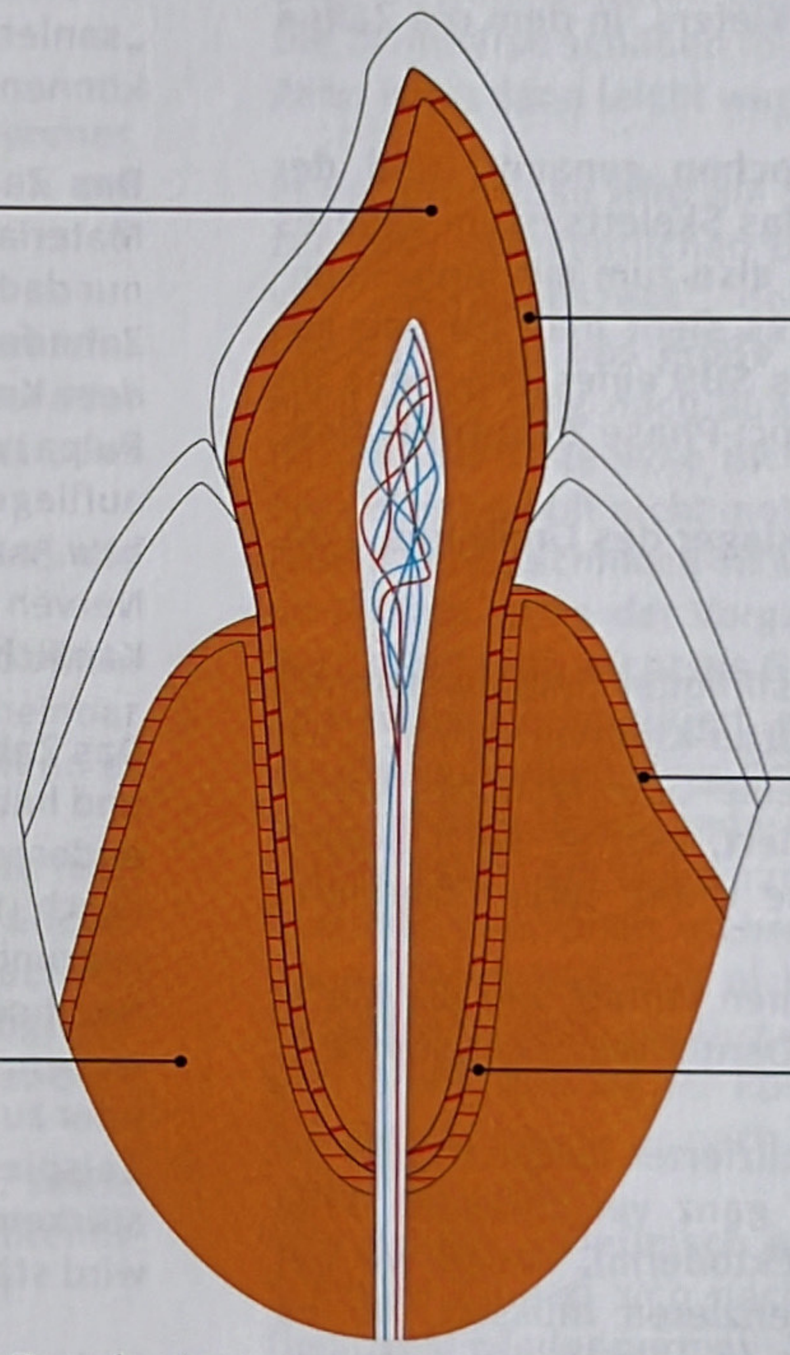
Relais für **rechten Hoden, rechtes Ovar**, kreuzen vom Gehirn zum Organ
Relais für linkes Nierenparenchym (Glomeruli) 2 cm kaudal (tiefer), kreuzt nicht vom Gehirn zum Organ

Relais für **linken Hoden, linkes Ovar**, kreuzen vom Gehirn zum Organ
Relais für rechtes Nierenparenchym (Glomeruli), 2 cm kaudal (tiefer), kreuzt nicht vom Gehirn zum Organ

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Mesodermale Teile des Zahnes, vom Großhirn-Marklager gesteuert

Zahndentin: Dentin = Zahnbein = Zahnknochen,
verhält sich genau wie Knochen;
Konflikt: **nicht zubeißen können;**
RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner;
LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind;
ca-Phase: Dentinloch = Dentin-Karies;
pcl-Phase: Rekalzifizierung des Dentinlochs;
mit Syndrom, starke Schwellung



Periodont = Dentin-Periost
(Mesoderm) mit dem aufliegenden sensiblen Nervengitter (Ektoderm)

Knochen-Periost
(Mesoderm) mit dem aufliegenden sensiblen Nervengitter (Ektoderm)

Kieferknochen
Konflikt: **nicht zubeißen können;**
RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner;
LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind;
ca-Phase: Osteolyse des Kieferknochens: Zahn wackelt,
dadurch Ablösung der Schleimhaut;
Zahnhälse sind scheinbar länger (sichtbar) = sog. Parodontose;
pcl-Phase: sog. Spitzenabszess,
Mini-Leukämie,
Osteomyelitis, wenn Osteolyse offen war;
Bei Syndrom: Backe stark geschwollen;
Therapie: Feststellung der Zähne durch dorsale Verbindung der wackeligen Zähne mit den nebenstehenden festen Zähnen durch Metallband und Zahnkleber von hinten.

Zement = Knochen-Periost
(Mesoderm) mit dem aufliegenden sensiblen Nervengitter (Ektoderm)

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Kieferknochen und Zahndentin

Die überwiegende Anzahl der sog. Zahnerkrankungen betreffen die Osteolysen des Dentins und die Osteolysen des Kiefers, in dem die Zähne stecken.

Das Zahndentin, auch Zahnbein oder Zahnknochen genannt, und der Kiefer (Oberkiefer und Unterkiefer) gehören wie das Skelettsystem unseres Organismus zum Großhirn-Marklager-Mesoderm, also zum mittleren Keimblatt. Im Falle eines Biologischen Konfliktschocks sieht man für den gesamten SBS-Verlauf alle typischen Merkmale des SBS eines Knochens (In der ca-Phase Osteolysen = Zahnlöcher, in der pcl-Phase Rekalzifikation, unter Schmerzen).
Der Hamersche Herd (HH) liegt im frontalen Marklager des Großhirns links oder rechts.

Genau so, wie zu jedem Knochenbereich ein bestimmter Selbstwertinhalt gehört, also z.B. bei Selbstwerteinbruch im Mutter-Kind-Verhältnis („Ich bin eine schlechte Mutter") im Fall eines DHS eine Osteolyse des linken Humeruskopfes (bei der Rechtshänderin) resultiert, gibt es auch Selbstwerteinbrüche, die speziell das Dentin und die Unter- oder Oberkiefer betreffen.
Das Zahndentin macht also im Prinzip den gleichen Verlauf wie die Kiefer (Ober- und Unterkiefer), in die die Zähne mit ihrer Dentin-Wurzel implantiert, wir sagen einzementiert sind.
Aber mit den Zähnen wird es noch etwas komplizierter dadurch, daß jeder Zahn eben zwei entwicklungsgeschichtlich ganz verschiedene Teile hat (Knochen und Schmelz[1] = Mesoderm und Ektoderm), sodaß wir bei einem primären Zahndefekt sehr genau differenzieren müssen, ob es ein Schmelzdefekt oder ein Dentin/Zement-Defekt, sprich ein Loch im Schmelz oder ein tiefes Loch im Dentin ist. Primär heißt, daß z.B. bei einer ausgedehnten Dentin-Osteolyse die Schmelzplatte bei den Molaren auch mal einbrechen kann, zumal wenn die Schmelzschicht abgekaut, also dünn ist. Bricht aber die Schmelzdecke nicht ein und der zugehörige Selbstwertkonflikt löst sich und das Dentin rekalzifiziert – unter Periodont-Schmerzen wie beim Periost!! – dann hat sich der Zahn von selbst geheilt, d.h. spontan durch das normalisierte Codeprogramm des Gehirnes. Das ist

1 Schmelz (Ektoderm) wird ab Seite 90 beschrieben

das Heer der Patienten, die Zahnschmerzen haben, bei denen der Zahndoktor aber äußerlich nichts finden kann, im Röntgenbild aber einen „faulen Zahn" entdeckt und diesen in frommem Unverstand schnellstmöglich extrahiert. Diese sog. faulen Zähne als gefährliche Krankheitsherde anzusehen, die „saniert" gehören, weil sie angeblich unendlich viele Krankheiten auslösen können, war alles ein frommer Irrtum.

Das Zahndentin, der knöcherne Anteil des Zahns, ist aus dem gleichen Material wie die Knochen, unterscheidet sich vom übrigen Skelettknochen nur dadurch, daß in ihm die sog. Pulpen-Höhle oder Pulpa liegt, die von dem Zahndentin ringsum eingeschlossen wird. Dies entspricht einigermaßen dem Knochenmark, allerdings verlaufen die Nerven für den Schmelz in der Pulpa, während beim Knochen die Innervation für das doppelte, dem Periost aufliegende Nervengitter außen verläuft. Nur nach unten (beim Unterkiefer) bzw. nach oben (beim Oberkiefer) besteht eine Öffnung, durch die die Nerven und Gefäße eintreten, die sowohl das Dentin als auch durch dünne Kanälchen im Dentin den Zahnschmelz versorgen.

Das Zahndentin hat sein Relaiszentrum im frontalen Marklager des Gehirns und hat im Falle einer Störung einen Selbstwertkonflikt zur Ursache, wie alle anderen Skelettknochen auch. Speziell ist es hier der Selbstwerteinbruch durch mangelnde Beißfähigkeit. Konfliktiv liegt hier ein Beiß-Konflikt zugrunde, praktisch ein Selbstwerteinbruch-Konflikt des Nicht-zubeißen-, Nicht-schnappen-, Nicht-zermalmen-Könnens, d.h. jemanden beißen zu wollen, aber dennoch nicht können, weil das andere Individuum zu stark oder zu groß ist.
Beispiel: Ein schwächlicher, zarter Junge muß sich in der Schule immer von stärkeren Mitschülern verprügeln und demütigen lassen. Oder ein Dackel wird ständig vom Nachbarschäferhund gebissen.

In der konfliktaktiven Phase entstehen Löcher im Dentin, d.h. im Inneren des Zahns, die zwar auf dem Röntgenbild sichtbar wären, aber meist nur zufällig entdeckt werden, da der Zahn in dieser Phase ja noch keine Probleme bereitet.
Doch bei sehr langen oder heftigen Konfliktverläufen oder häufigen kurzfristigen Rezidiven kann ein solcher Zahn, bei starker Belastung, auch einmal spontan einbrechen.
Tragisch ist nur, daß das Dentin-Loch erst dann zu schmerzen beginnt, wenn die pcl-Phase gerade einsetzt, nämlich durch die Aufdehnung der

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Knochenhaut (Periost), die auf das sehr sensible Nervengitter drückt. Jetzt bohrt der Zahnarzt und fällt in ein Loch, devitalisiert oder zieht den Zahn evtl., obwohl er unter zeitweiligen Schmerzen heilen würde, auch wenn man nichts macht – allerdings nur, wenn zwischenzeitlich keine neuen Rezidive aufgetreten sind.

Am Ende der pcl-Phase ist das ehemalige Loch sogar dichter als vorher. Das ist auch der Biologische Sinn, der ja bei diesem Keimblatt in der Restitutionsphase liegt (Luxus-Gruppe).

Es gibt auch Selbstwerteinbrüche, die speziell den Unter- oder Oberkiefer betreffen (ebenfalls nach Rechts- oder Linkshändigkeit für Kind/Mutter oder Partner unterschieden). Der Konflikt ist auch hier ein SWE-Konflikt „des Nicht-zubeißen-Könnens".
Durch die Germanische Heilkunde habe ich erkennen können, daß die Ursache der Parodontose immer eine Osteolyse des Kiefers ist.
Die Parodontose ist wohl die häufigste sog. Zahnerkrankung. Und obwohl die Zähne dabei vollständig intakt sind, fallen sie aus. Es ist scheinbar müßig, darüber zu debattieren, ob der Zahn krank war oder nicht. Wenn er weg ist, ist er weg.
Als Parodontose (wörtlich: Erkrankung neben dem Zahn) bezeichnete man bisher das Zurückgehen des Zahnfleisches mit dadurch bedingter Lockerung der quasi freiliegenden Zahnhälse. Das war optisch richtig, ursächlich falsch. Die Ursache waren nicht die bösen kleinen Bakterien – obgleich auch sie dabei im Spiel sind – oder der Mangel an Zähneputzen, sondern die Entkalkung (= Osteolyse) des Kiefers, rund um den Zahnhals!
Die Vorstellung von Bakterien, die die „Zahnfäule" bewirken sollten, sowie der Einfluß von Zucker oder dergleichen als Mundmilieu vernichtende „Karies-Unterstützer" waren Märchen. Sie wurden niemals bewiesen.

Wenn der Kieferknochen um einen Zahn oder mehrere Zähne osteolysiert, d.h. wegschmilzt und dadurch die Zähne wackelig werden und das Zahnfleisch um den Zahn sich wegen der Wackelbewegung ablöst und den Zahnhals freigibt, dann sagt man: das Zahnfleisch zieht sich zurück, die Zahnhälse schauen länger aus dem Kiefer haraus. Diese Osteolyse des Kiefers lässt den Zahn wackeln.
Die Folge des Wackelns ist, daß sich das Zahnfleisch langsam dabei ablöst. Das geht zwar zunächst unmerklich, aber wenn der Zahn dann unten (oder beim Oberkiefer oben) keinen Halt mehr hat und der parodontische Halteapparat, sprich Zahnfleisch, auch noch fehlt, fällt der Zahn ganz einfach aus.
Die Folge ist: beim Beiß- oder Kauvorgang „eiert" der wackelige Zahn in dem zu weiten Krater. Dadurch wird am Zahnfleisch gezerrt und gezogen. Die Zahnhälse schauen folglich länger heraus, und der betroffene wackelige Zahn kann dann leicht wegbrechen.

In der pcl-Phase wird die Sache vermeintlich noch schlimmer: Bei Schmerzen oder gelegentlichen Blutungen spricht der Zahnarzt dann gewöhnlich von „Wurzelabszess", denn das Periost des Kieferknochens dehnt sich ebenfalls auf, was große Zahnschmerzen macht. Häufig findet der Callus auch einen Weg nach außen in die Mundhöhle, weil der Zahn ja wackelig ist und die Osteolyse nicht mehr dicht verschließen kann. Dadurch kann die Osteolyse oft nicht mehr richtig rekalzifizieren, weil der Callus ja abläuft (süßlicher Geschmack im Mund).
Im Prinzip ist es der Vorgang eines Osteosarkoms ohne das Sarkom, weil der Callus eben nicht ins Gewebe läuft, sondern in den Mund abfließt.
Infolgedessen resultiert eine Schrumpfung des Knochengewebes, denn die Periostaufdehnung hat ja eigentlich den Zweck eine solche Knochenschrumpfung zu verhindern.
Leider zieht der Zahnarzt meist den gesunden, aber wackeligen Zahn, und will evtl. noch mehrere andere abschleifen und eine (teure!) Krone bauen. Doch das muß nicht sein, denn es gibt heute die Möglichkeit, den betroffenen Zahn – selbst wenn es mehrere nebeneinander sind – mit einem sog. Band, das an der Rückseite der Zähne angeklebt wird, festzusetzen, bis die Osteolyse – nach Beendigung der pcl-Phase – wieder eingekalkt (rekalzifiziert) ist.
Sowohl das Zahnfleisch als sogar auch (was langsam verläuft) der Zahnschmelz können sich nach der Konfliktlösung (mit Schwellung des Zahnfleisches) wieder normalisieren.
Im Tierreich ist das ein ganz normaler Vorgang.

Die „dicke Backe" ist die Folge eines Syndroms, d.h. das Bestehen eines aktiven Wasserretentionskonfliktes (Flüchtlings- oder Existenzkonfliktes) mit Oligurie und gleichzeitig eines Dentin- oder Kieferknochen-SBS in pcl-Phase. Statt Zahn-Extraktion oder Schmerzmittel lieber täglich eine Stunde ein warmes Bad in physiologischer Kochsalzlösung (0,9% NaCl) nehmen. Dann normalisiert sich kurzfristig (!) die Urinausscheidung (jeweils für 1 Tag).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Im Fall eines Dentinkonfliktes (= Dentinloch) haben wir folgende Möglichkeiten:

a) Wenn der zugehörige Konflikt bereits gelöst wurde, können wir entweder eine kürzer dauernde Spontanheilung durch Spontan-Rekalzifikation mit Zahnschmerzen abwarten oder eine Plombe einsetzen, wozu der gesunde Zahnschmelz aufgebohrt werden muß.

b) Wenn der zugehörige Konflikt nicht gelöst wurde oder momentan auch nicht lösbar ist, können wir keine Spontanheilung erwarten. Die Osteolyse schreitet voran, schließlich bricht der Schmelz über dem faulen Zahnbein („Zahnfäule“) ein. Dann ist eine Plombe völlig sinnlos.

Im Fall eines Zahnschmelz-Lochs und gleichzeitig Zahnbein-Lochs:

a) Wenn beide zugehörigen Konflikte gelöst oder in Lösung sind, dann könnte in Zukunft vielleicht eine Schmelz-Plombe genügen, auch wenn jetzt noch eine solche Behandlung ausgeschlossen erscheint.

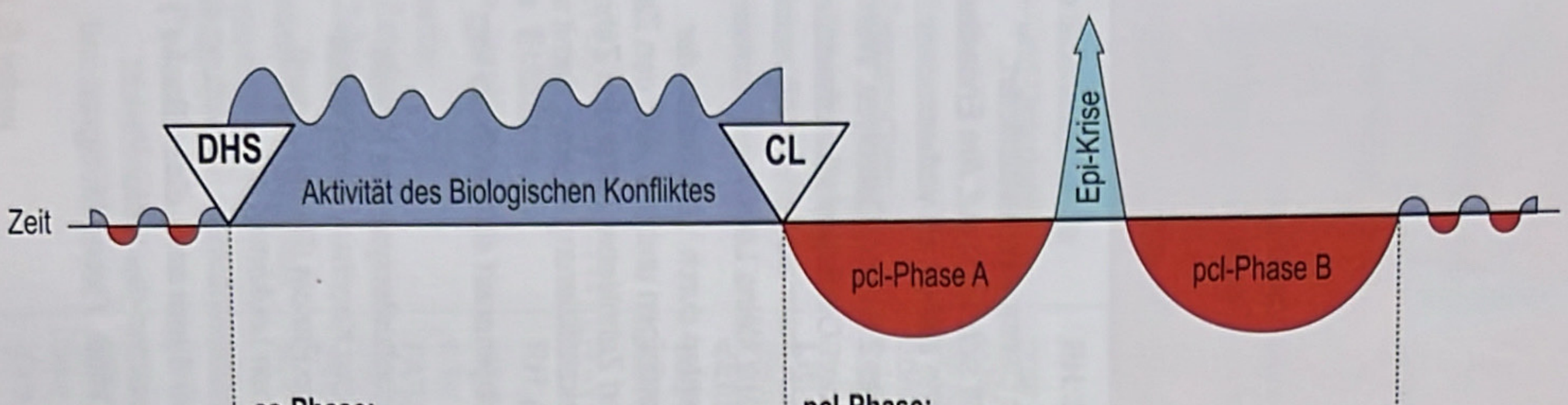
b) Wenn beide zugehörigen Konflikte nicht gelöst wurden und nicht lösbar sind, dann kann man Zahnextraktion oder Devitalisierung durchführen, womit jedoch die HAMERschen HERDE im Gehirn und die zugehörigen Konflikte nicht behoben sind und zwangsläufig zu schwersten Neuralgien führen müssen!

c) Wenn der Schmelz zugehörige Konflikt gelöst ist und der Dentin zugehörige Konflikt unlösbar ist: Zahnextraktion oder Devitalisierung.

d) Wenn der Schmelzzugehörige Konflikt unlösbar und der Dentinzugehörige Konflikt gelöst ist: Schmelzplombe, die später vergrößert werden kann.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Schema eines Selbstwerteinbruchkonfliktes: „Das schaffe ich nicht“, in der pcl-Phase Leukämie



ca-Phase:
Anämie + Knochenosteolyse
Selbstwert-Einbruch
Sympathicotonie, Knochen-Osteolyse.
Knochenmarks-Depression
Panmyelophtise = echte Anämie und Leukopenie.

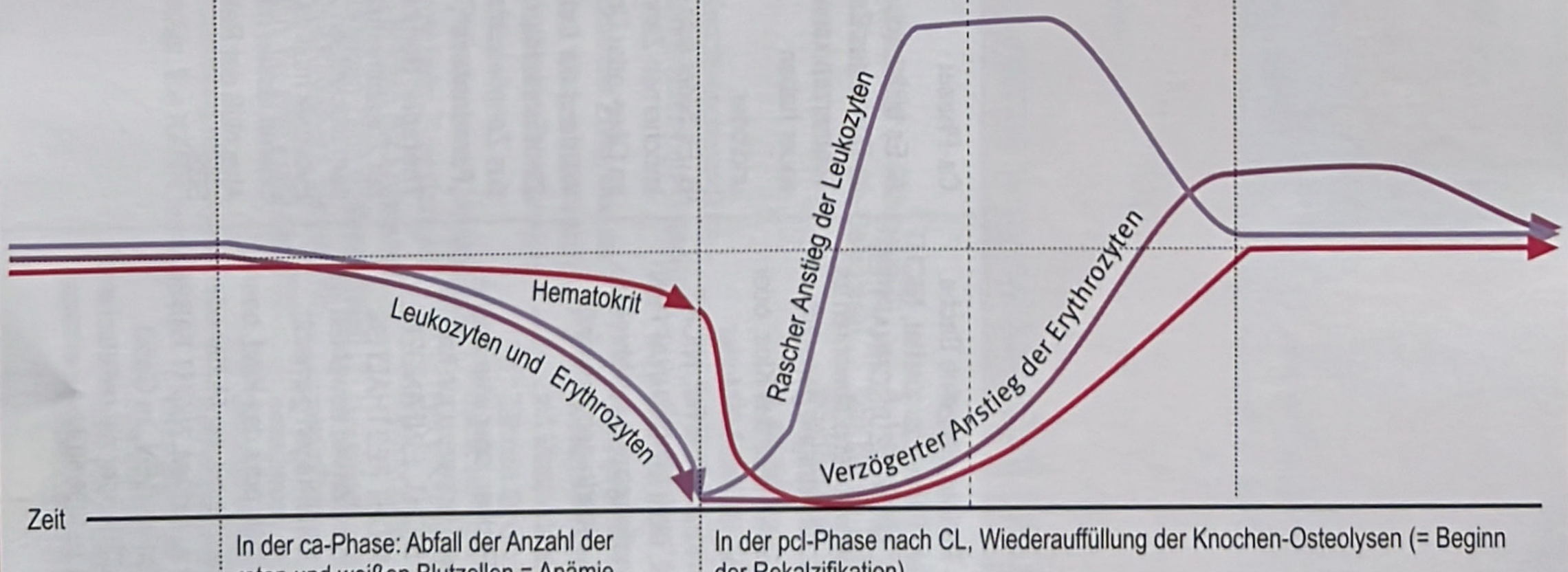
pcl-Phase:
1. Leukämie + Rekalzifikation
Periost-Sack: Schmerzhafte Aufdehnung durch erhöhten lokalen Innendruck im Knochen.
Schmerzen haben den Sinn, daß z.B. das Bein ruhig gehalten wird.
Wenn der unter erhöhtem Innendruck stehende Periost-Sack reißt oder inzidiert wird, läuft der Callus ins Gewebe aus: Osteosarkom.
Callusbildung, transsudative Schwellung des umliegenden Gewebes durch das Periost: „Pseudothrombose“

2. Renormalisation
Ende der Rekalzifizierung.
Ende der Leukämie.
Biologischer Sinn am Ende der pcl-Phase: Der Knochen bleibt etwas dicker und fester als er vorher war.

Anämie + Leukopenie

Anämie + Leukämie

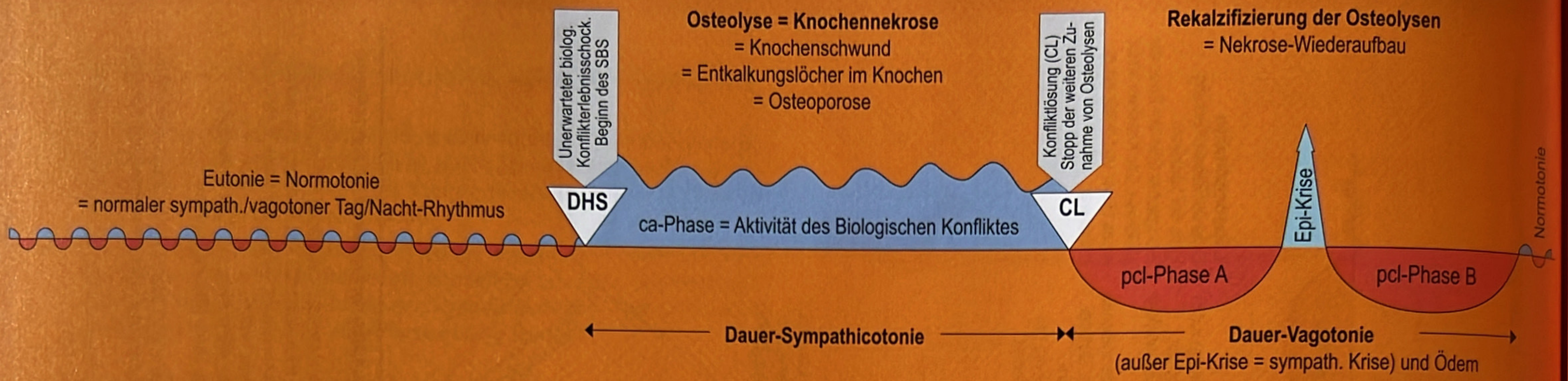
Pseudoanämie, Leukämie und Erythrozythämie



In der ca-Phase: Abfall der Anzahl der roten und weißen Blutzellen = Anämie = Leukopenie bei gleichzeitig verengten peripheren Blutgefäßen - Hb 8 g%, Ery 3,0 Mill, HK 30% bis 40%

In der pcl-Phase nach CL, Wiederauffüllung der Knochen-Osteolysen (= Beginn der Rekalzifikation).
Zuerst, durch Gefäßerweiterung nur rechnerisch, verstärkte Anämie: Hb 5 g%, Ery 1,7 Mio., Leuko 1500, HK 15% (Hematokrit fällt steil ab wegen der plötzlich rasch einsetzenden Vagotonie. Aufdehnung der Gefäße und starke Verdünnung durch Zunahme des Serumanteils des Blutes).
Verzögerter Anstieg der Erythrozyten 4-6 Wochen nach Leukämie-Beginn: Erythrozythämie. Polyzythämie: rote Zellen (Erythrozythämie);
Weiße Zellen (Leukämie);
In der Mitte der pcl-Phase B sind die roten Blutkörperchen soweit vermehrt auf Normzahl, aber wegen der noch verhandenen Verdünnung des Blutes sprechen wir von Pseudoanämie.
Biologischer Sinn am Ende der pcl-Phase: Der Knochen bleibt etwas dicker und fester, als er vorher war, „groupe de Luxe“.

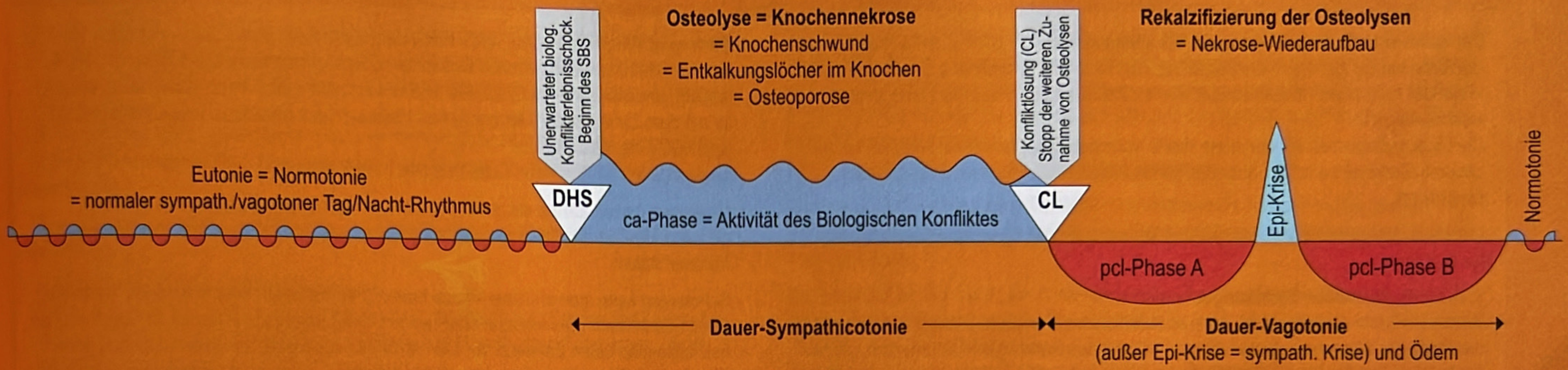
®©Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LINKES Großhirn-Marklager für RECHTE Ober- und Unterkieferseite (Mesoderm, gekreuzt)

Rechte Schneidezähne (Ober- und Unterkiefer) **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des rechten Ober- und Unterkiefers	**RH:** Den Partner oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT BEISSEN, NICHT (ZU)SCHNAPPEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint) **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT BEISSEN, nicht (ZU)SCHNAPPEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)	**Ca-Phase:** **A.** Es bildet sich ein Loch (gut sichtbar im Röntgenbild) im Dentin des Zahns (Dentin-Karies = Dentin-Osteolyse). Schmerzen kann man eventuell bei „heiß/kalt“ oder süß/sauer haben und/oder **B.** Es bildet sich ein Loch (Knochenschwund) im knöchernen Zahnbett des Zahns (Zahnbett-Osteolyse) im Ober- oder Unterkiefer. Während der Osteolyse wackelt der Zahn, weil der Zahnhals keinen Halt mehr hat. Dadurch zieht sich das Zahnfleisch zurück und gibt den Zahnhals frei: **„Parodontose“, Leukopenie.** **Therapie:** Beruhigung des Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge. Vorsicht beim Zubeißen mit dem wackeligen Zahn, denn er kann herausbrechen. Eventuell muß man den wackeligen Zahn vorübergehend fixieren lassen mit Kleber oder Klammern, bis zum Abschluß der Rekalzifikation, d.h. bis zum Ende des SBS.	**Pcl-Phase:** **A.** Die Osteolyse im Dentin wird rekalzifiziert. Das Dentin-Loch füllt sich völlig auf. Am Ende der pcl-Phase ist der Zahn stärker als vorher. **B.** Rekalzifizierung der Zahnbett-Osteolyse. Wenn die knöcherne Zahnbett-Osteolyse rekalzifiziert, wackelt der Zahn noch mehr als vorher, sog. „Parodontose“ (= „ganz kleine Leukämie“). **Therapie:** Den Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge beruhigen und eventuell den Zahn durch Metallband und Zahnkleber hinter den Zähnen für die Dauer der Rekalzifizierung fixieren, damit sie nicht herausbrechen. Am Ende des SBS regeneriert sich auch die sog. Parodontose. Dentinloch und Zahnbettosteolyse des Kiefers rekalzifizieren, wie beim Knochen, durch Kallus-einlagerung unter dem Periost (Periost-Ödem). Symptom einer „kleinen Leukämie“ mit unangenehmen Begleitsymptomen: Schwellung der Backe, besonders bei **Syndrom („dicke Backe“)** und Spannungsschmerzen des Kiefer-Periost und/oder Periodont. Hitze, Fieber, Müdigkeit und Leukozystose. *weiter S. 78*
Rechte Eckzähne (Ober- und Unterkiefer) **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des rechten Ober- und Unterkiefers	**RH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT FASSEN, NICHT EINFANGEN, im Gebiß NICHT FESTHALTEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint) **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT FASSEN, NICHT EINFANGEN, im Gebiß FESTHALTEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)		

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



RECHTES Großhirn-Marklager für LINKE Ober- und Unterkieferseite (Mesoderm, gekreuzt)

Linke Schneidezähne (Ober- und Unterkiefer) **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des linken Ober- und Unterkiefers	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT BEISSEN, NICHT (ZU)SCHNAPPEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint) **LH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT BEISSEN, NICHT (ZU)SCHNAPPEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)	**Ca-Phase:** **A.** Es bildet sich ein Loch (gut sichtbar im Röntgenbild) im Dentin des Zahns (Dentin-Karies = Dentin-Osteolyse). Eventuell Schmerzen: heiß/kalt, süß/sauer. und/oder **B.** Es bildet sich ein Loch (Knochenschwund) im knöchernen Zahnbett des Zahns (Zahnbett-Osteolyse) im Ober- oder Unterkiefer. Während der Osteolyse wackelt der Zahn, weil der Zahnhals keinen Halt mehr hat. Dadurch zieht sich das Zahnfleisch zurück, und gibt den Zahnhals frei: **„Parodontose", Leukopenie.** **Therapie:** Beruhigung des Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge. Vorsicht beim Zubeißen mit dem wackeligen Zahn, denn er kann herausbrechen. Eventuell muß man den wackeligen Zahn vorübergehend fixieren lassen mit Kleber oder Klammern, bis zum Abschluß der Rekalzifikation, d.h. bis zum Ende des SBS. **Beispiel:** 17-jährige muß monatelang mitansehen, wie der Vater die Mutter schlägt. Sie KANN nicht ZUBEISSEN.	**Pcl-Phase:** **A.** Die Osteolyse im Dentin wird rekalzifiziert. Das Dentin-Loch füllt sich völlig auf. Am Ende der pcl-Phase wird der Zahn stärker als vorher. **B.** Rekalzifizierung der Zahnbett-Osteolyse. Wenn die knöcherne Zahnbett-Osteolyse rekalzifiziert, wackelt der Zahn noch mehr als vorher, sog. „Parodontose" (= „ganz kleine Leukämie"). **Therapie:** Den Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge beruhigen und eventuell den Zahn mit Plastikkleber oder Metallklebeband hinter den Zähnen für die Dauer der Rekalzifizierung fixieren, damit sie nicht herausbrechen. Am Ende des SBS regeneriert sich auch die sog. Parodontose. Dentinloch und Zahnbettosteolyse des Kiefers, rekalzifizieren, wie beim Knochen, durch Kallus-einlagerung unter dem Periost (Periost-Ödem). Zeichen einer „kleinen Leukämie" mit unangenehmen Begleitsymptomen: Schwellung der Backe, besonders bei **Syndrom („dicke Backe")** und Spannungsschmerzen des Kiefer-Periost und/oder Periodont. Hitze, Fieber, Müdigkeit und Leukozystose. *weiter S. 79*
Linke Eckzähne (Ober- und Unterkiefer) **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des linken Ober- und Unterkiefers	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT FASSEN, NICHT EINFANGEN, oder im Gebiß FESTHALTEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint) **LH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT FASSEN, NICHT EINFANGEN, NICHT FESTHALTEN oder zähnefletschend abwehren zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)		

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Der Kallus wird als Eiter fehlgedeutet, als **„Wurzelabszess“** oder **„Zahnabszess“**.
Der Zahn wurde „gezogen“ und, siehe da, die Schmerzen waren weg. Braver Zahnarzt!
Wenn der Kallus nach außen abläuft wird es **Zahnfistel** gennant. Die Heilung ist dann stark verzögert.
Die Leukozytenzahlen können hohe Werte erreichen. Zwar ist nur ein sehr kleiner Teil unseres Skelettes betroffen, aber das ganze Blutbildungssystem unseres Skelettes reagiert mit.

Grundsätzlich gibt es zwei verschiedene Schmerzentstehungen, besonders natürlich bei Syndrom:

1. Äußerer Periodont-Spannungschmerz
Wenn das Loch randständig ist, dann spannt sich das Periodont (Periost des Zahns) bei der Rekalzifikation unter starkem Innendruck auf das Nervengitter: Schmerzen, „dicke Backe“. Bei Syndrom: sehr dicke Backe!

2. Pulpenhöhle wird komprimiert
Wenn die Osteolyse (= Loch) im Inneren des Zahnknochens ist, dann kommt in der pcl-Phase ein „Gewebe/Flüssigkeits-Druck“, der sich in die Pulpa (= Zahnhöhle) drückt und Schmerzen und „dicke Backe“ macht. Besonders bei Syndrom stärkere Schmerzen, weil Innendruck im Loch erhöht!
In beiden Fällen resultiert Schmerz, aber in diesem Fall ist er schwächer.

Therapie: Wenn der Patient weiß, daß weder Zahn noch Kiefer „faul“ oder krank ist, sondern daß hier ein Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm schon in der pcl-Phase abläuft, und der Zahn am Ende des SBS wieder ganz gesund sein kann, dann versucht er mit dem Zahnarzt der Germanischen Heilkunde den Konflikt zu lösen und das Ende des SBS ruhig abzuwarten.
Dieses dauert länger, wenn neue Rezidive hinzukommen.

Diese sog. faulen Zähne als gefährliche Krankheitsherde anzusehen, die „saniert“ gehören, weil sie angeblich unendlich viele Krankheiten erwirken können, war alles ein frommer Irrtum.

Schmerzen kann man in dieser Phase haben (bei „heiß/kalt“ oder süß/sauer), wenn das Dentin-Loch mehr oder weniger oder fast perforiert (offen) zur Pulpa ist. In einem solchen Fall sollte man einen Zahnarzt der Germanischen Heilkunde zu Rate ziehen und einen Weg finden, die vorübergehenden unangenehmen Symptome zu überstehen. Auch kann man einmal eine Zeit lang nicht heiß, kalt oder süß essen.
Der Lohn ist der Erhalt des Zahns.
Das muß in Zukunft jeder Patient selbst entscheiden, ob er die vorübergehenden Leiden auf sich nimmt, um den Zahn zu behalten – oder den Zahn extrahieren läßt, um wieder zur Arbeit gehen und schnell wieder ohne Schmerz essen zu können. Der Patient ist Chef des Verfahrens!

Der biologische Sinn liegt am Ende des SBS (Luxusgruppe): Dann ist das Dentinloch oder die Osteolyse (= Knochenschwund) des knöchernen Zahnbetts stärker rekalzifiziert als sie es vorher war.
Jetzt kann man besser mit den Schneidezähnen beißen oder zuschnappen und mit den Eckzähnen besser fassen, einfangen oder im Gebiß festhalten.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Der Kallus wird als Eiter fehlgedeutet: als **„Wurzelabszess“** oder **„Zahnabszess“**. Der Zahn wurde „gezogen“ und, siehe da, die Schmerzen waren weg. Braver Zahnarzt!
Wenn der Kallus nach außen abläuft wird es **Zahnfistel** gennant. Die Heilung ist dann stark verzögert.
Die Leukozytenzahlen können hohe Werte erreichen. Zwar ist nur ein sehr kleiner Teil unseres Skelettes betroffen, aber das ganze Blutbildungssystem unseres Skelettes reagiert mit.

Grundsätzlich gibt es zwei verschiedene Schmerzentstehungen, besonders natürlich bei Syndrom:

1. Äußerer Periodont-Spannungschmerz
Wenn das Loch randständig ist, dann spannt sich das Periodont (Periost des Zahns) bei der Rekalzifikation unter starkem Innendruck auf das Nervengitter: Schmerzen, „dicke Backe“. Bei Syndrom: sehr dicke Backe!

2. Pulpenhöhle wird komprimiert
Wenn die Osteolyse (= Loch) im Inneren des Zahnknochens ist, dann kommt in der pcl-Phase ein „Gewebe/Flüssigkeits-Druck“, der sich in die Pulpa (= Zahnhöhle) drückt und Schmerzen und „dicke Backe“ macht. Besonders bei Syndrom stärkere Schmerzen, weil Innendruck im Loch erhöht!
In beiden Fällen resultiert Schmerz, aber in diesem Fall ist er schwächer.

Therapie: Wenn der Patient weiß, daß weder Zahn noch Kiefer „faul“ oder krank ist, sondern daß hier ein Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm schon in der pcl-Phase abläuft, und der Zahn am Ende des SBS wieder ganz gesund sein kann, dann versucht er mit dem Zahnarzt der Germanischen Heilkunde den Konflikt zu lösen und das Ende des SBS ruhig abzuwarten.
Dieses dauert länger, wenn neue Rezidive hinzukommen.

Diese sog. faulen Zähne als gefährliche Krankheitsherde anzusehen, die „saniert“ gehören, weil sie angeblich unendlich viele Krankheiten erwirken können, war alles ein frommer Irrtum.

Schmerzen kann man in dieser Phase haben (bei „heiß/kalt“ oder süß/sauer), wenn das Dentin-Loch mehr oder weniger oder fast perforiert (offen) zur Pulpa ist. In einem solchen Fall sollte man einen Zahnarzt der Germanischen Heilkunde zu Rate ziehen und einen Weg finden, die vorübergehenden unangenehmen Symptome zu überstehen. Auch kann man einmal eine Zeit lang nicht heiß, kalt oder süß essen.
Der Lohn ist der Erhalt des Zahns.
Das muß in Zukunft jeder Patient selbst entscheiden, ob er die vorübergehenden Leiden auf sich nimmt, um den Zahn zu behalten – oder den Zahn extrahieren läßt. Der Patient ist Chef des Verfahrens!

Lösung des Konfliktes aus dem in der ca-Phase angefügten Beispiel: Mit 18 (Abitur) sagt das Mädchen zum Vater: „Noch ein einziger Schlag gegen die Mutter, dann hole ich die Polizei und sicher kommst du ins Gefängnis.“ Von da ab wagte der Vater keinen einzigen Schlag mehr gegen die Mutter. Von da ab rekalzifizierte das Loch im Zahn.

Der biologische Sinn liegt am Ende des SBS (Luxusgruppe): Dann ist das Dentinloch oder die Osteolyse (= Knochenschwund) des knöchernen Zahnbetts stärker rekalzifiziert, als sie es vorher war.

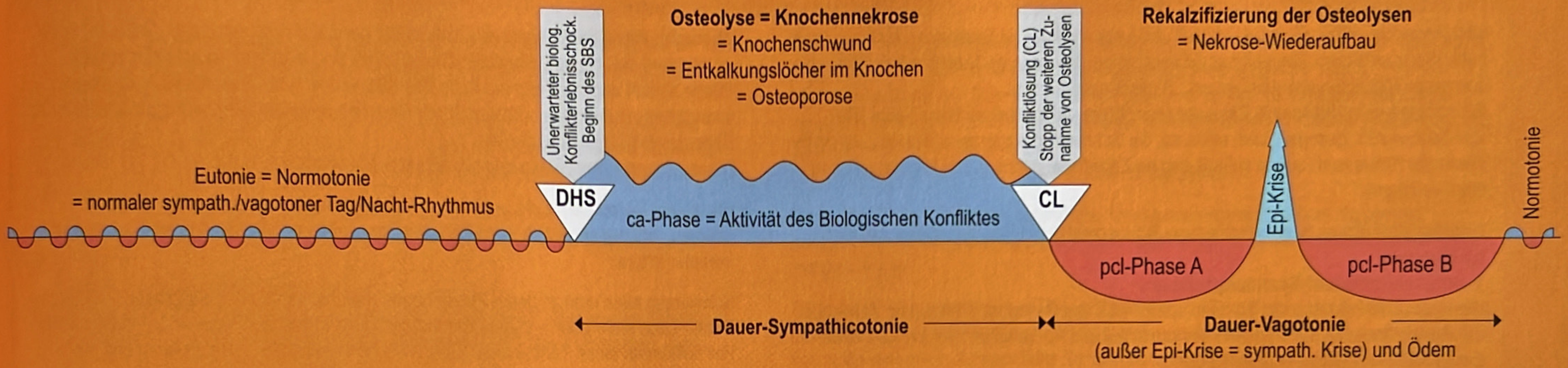
Jetzt kann man besser mit den Schneidezähnen beißen oder zuschnappen und mit den Eckzähnen besser fassen, einfangen oder im Gebiß festhalten.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

LINKES Großhirn-Marklager für RECHTE Ober- und Unterkieferseite (Mesoderm, gekreuzt)

Rechter 1. Prämolar = 1. kleiner Backenzahn (Ober- und Unterkiefer) **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des rechten Ober- und Unterkiefers	**RH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT KAUEN zu KÖNNEN. (übertragen gemeint) **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT KAUEN zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)	**Ca-Phase:** **A.** Es bildet sich ein Loch (gut sichtbar im Röntgenbild) im Dentin des Zahns (Dentin-Karies = Dentin-Osteolyse). Schmerzen kann man eventuell bei „heiß/kalt“ oder süß/sauer“ haben. und/oder **B.** Es bildet sich ein Loch (Knochenschwund) im knöchernen Zahnbett des Zahns (Zahnbett-Osteolyse) im Ober- oder Unterkiefer. Während der Osteolyse wackelt der Zahn, weil der Zahnhals keinen Halt mehr hat. Dadurch zieht sich das Zahnfleisch zurück, und gibt den Zahnhals frei: **„Parodontose“, Leukopenie.** **Therapie:** Beruhigung des Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge. Vorsicht beim Zubeißen mit dem wackeligen Zahn, denn er kann herausbrechen. Eventuell muß man den wackeligen Zahn vorübergehend fixieren lassen mit Kleber oder Klammern, bis zum Abschluß der Rekalzifikation, d.h. bis zum Ende des SBS.	**Pcl-Phase:** **A.** Die Osteolyse im Dentin wird rekalzifiziert. Das Dentin-Loch füllt sich völlig auf. Am Ende der pcl-Phase wird der Zahn stärker als vorher. **B.** Rekalzifizierung der Zahnbett-Osteolyse. Wenn die knöcherne Zahnbett-Osteolyse rekalzifiziert, wackelt der Zahn noch mehr als vorher, sog. „Parodontose“ (= „ganz kleine Leukämie“). **Therapie:** Den Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge beruhigen und eventuell den Zahn mit Plastikkleber oder Metallklebeband hinter den Zähnen für die Dauer der Rekalzifizierung fixieren, damit sie nicht herausbrechen. Am Ende des SBS regeneriert sich auch die sog. Parodontose. Dentinloch und Zahnbettosteolyse des Kiefers rekalzifizieren, wie beim Knochen, durch Kallus-einlagerung unter dem Periost (Periost-Ödem). Zeichen einer „kleinen Leukämie“ mit unangenehmen Begleitsymptomen: Schwellung der Backe **(dicke Backe)**, besonders bei Syndrom (sehr dicke Backe) und Spannungsschmerzen des Kiefer-Periost und/ *weiter S. 82*
Rechter 2. Prämolar = 2. kleiner Backenzahn (Ober- und Unterkiefer) und **rechte Molaren = große MAHLZÄHNE** (Ober- und Unterkiefer) **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des rechten Ober- und Unterkiefers	**RH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu KÖNNEN (übertragen gemeint). **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)		

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



RECHTES Großhirn-Marklager für LINKE Ober- und Unterkieferseite (Mesoderm, gekreuzt)

Linker 1. Prämolar **= 1. kleiner Backenzahn** (Ober- und Unterkiefer) **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des linken Ober- und Unterkiefers	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT KAUEN zu KÖNNEN. (übertragen gemeint) **LH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT KAUEN zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)	**Ca-Phase:** **A.** Es bildet sich ein Loch (gut sichtbar im Röntgenbild) im Dentin des Zahns (Dentin-Karies = Dentin-Osteolyse). Schmerzen kann man in dieser Phase haben (bei „heiß/kalt“ oder „süß/sauer“) wenn das Dentin-Loch mehr oder weniger oder fast perforiert (offen) zur Pulpa ist. und/oder **B.** Es bildet sich ein Loch (Knochenschwund) im knöchernen Zahnbett des Zahns (Zahnbett-Osteolyse) im Ober- oder Unterkiefer. Während der Osteolyse wackelt der Zahn, weil der Zahnhals keinen Halt mehr hat. Dadurch zieht sich das Zahnfleisch zurück, und gibt den Zahnhals frei: **„Parodontose“, Leukopenie.** **Therapie:** Beruhigung des Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge. Vorsicht beim Zubeißen mit dem wackeligen Zahn, denn er kann herausbrechen. Eventuell muß man den wackeligen Zahn vorübergehend fixieren lassen mit Kleber oder Klammern, bis zum Abschluß der Rekalzifikation, d.h. bis zum Ende des SBS.	**Pcl-Phase:** **A.** Die Osteolyse im Dentin wird rekalzifiziert. Das Dentin-Loch füllt sich völlig auf. Am Ende der Zahn wird stärker als vorher. **B.** Rekalzifizierung der Zahnbett-Osteolyse. Wenn die knöcherne Zahnbett-Osteolyse rekalzifiziert, wackelt der Zahn noch mehr als vorher, sog. „Parodontose“ (= „ganz kleine Leukämie“). **Therapie:** Den Patienten durch Verständnis der Zusammenhänge beruhigen und eventuell den Zahn mit Plastikkleber oder Metallklebeband hinter den Zähnen fixieren für die Dauer der Rekalzifizierung, damit sie nicht herausbrechen. Am Ende des SBS regeneriert sich auch die sog. Parodontose. Dentinloch und Zahnbettosteolyse des Kiefers, rekalzifizieren, wie beim Knochen, durch Kallus-einlagerung unter dem Periost (Periost-Ödem). Zeichen einer „kleinen Leukämie” mit unangenehmen Begleitsymptomen: Schwellung der Backe, besonders bei **Syndrom („dicke Backe“)** und Spannungsschmerzen des Kiefer-Periost und/oder Periodont. Hitze, Fieber, Müdigkeit und *weiter S. 83*
Linker 2. Prämolar **= 2. kleiner Backenzahn** (Ober- und Unterkiefer) und **linke Molaren =** **große MAHLZÄHNE** Ober- und Unterkiefer **A. Dentin** = Zahnbein = Zahnknochen **B. Knöchernes Zahnbett** des linken Ober- und Unterkiefers	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu KÖNNEN. (übertragen gemeint) **LH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu KÖNNEN. (übertragen gemeint)		

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

oder Periodont, Hitze, Fieber, Müdigkeit und Leukozytose. Die Leukozytenzahlen können hohe Werte erreichen. Zwar ist nur ein sehr kleiner Teil unseres Skelettes betroffen, aber das ganze Blutbildungssystem unseres Skelettes reagiert mit.
Wir nannten es in Unkenntnis **Zahnabszess (Wurzelabszess)** und den Kallus Eiter. Der Zahn wurde „gezogen" und, siehe da, die Schmerzen waren weg. Braver Zahnarzt! Wenn der Kallus nach außen abläuft wird es **Zahnfistel** gennant. Die Heilung ist dann stark verzögert.

Grundsätzlich gibt es zwei verschiedene Schmerzentstehungen, besonders natürlich bei Syndrom:

1. Äußerer Periodont-Spannungschmerz
Wenn das Loch randständig ist, dann spannt sich das Periodont (Periost des Zahns) bei der Rekalzifikation unter starkem Innendruck auf das Nervengitter: Schmerzen, dicke Backe. Bei Syndrom: sehr dicke Backe!

2. Pulpenhöhle wird komprimiert
Wenn die Osteolyse (= Loch) im Inneren des Zahnknochens ist, dann in der pcl-Phase bekommt „Gewebe/Flüssigkeits-Druck" der sich in die Pulpa (= Zahnhöhle) drückt und Schmerzen und „dicke Backe" macht. Besonders bei Syndrom stärkere Schmerzen, weil Innendruck im Loch erhöht!!!
In beiden Fällen resultiert Schmerz, aber in diesem Fall ist er schwächer.

Therapie: Wenn der Patient weiß, daß weder der Zahn noch der Kiefer „faul" oder krank ist, sondern daß hier ein Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm schon in der pcl-Phase abläuft und der Zahn am Ende des SBS wieder ganz gesund sein kann, dann versucht er mit dem Zahnarzt der Germanischen Heilkunde den Konflikt zu lösen und das Ende des SBS ruhig abzuwarten.
Dieses dauert länger, wenn neue Rezidive hinzukommen.

Diese sog. faulen Zähne als gefährliche Krankheitsherde anzusehen, die „saniert" gehören, weil sie angeblich unendlich viele Krankheiten erwirken könnten, war alles ein frommer Irrtum.

Schmerzen kann man in dieser Phase haben (bei „heiß/kalt" oder „süß/sauer"), wenn das Dentin-Loch mehr oder weniger oder fast perforiert (offen) zur Pulpa ist. In einem solchen Fall sollte man einen Zahnarzt der Germanischen Heilkunde zu Rate ziehen und einen Weg finden, die vorübergehenden unangenehmen Symptome zu überstehen. Und man kann ja eine Zeit lang nicht heiß, kalt oder süß essen.
Der Lohn ist der Erhalt des Zahns.
Das muß in Zukunft jeder Patient selbst entscheiden, ob er die vorübergehenden Leiden auf sich nimmt, um den Zahn zu behalten – oder den Zahn extrahieren läßt, um wieder zur Arbeit zu gehen und wieder ohne Schmerz essen zu können. Der Patient ist Chef des Verfahrens!

Der biologische Sinn liegt am Ende des SBS (Luxusgruppe): Dann ist das Dentinloch oder die Osteolyse (= Knochenschwund) des knöchernen Zahnbetts stärker rekalzifiziert, als sie es vorher waren.
Jetzt kann man besser kauen und zermahlen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Leukozystose. Die Leukozytenzahlen können hohe Werte erreichen. Zwar ist nur ein sehr kleiner Teil unseres Skelettes betroffen, aber das ganze Blutbildungssystem unseres Skelettes reagiert mit.
Wir nannten es in Unkenntnis **Zahnabszess (Wurzelabszess)** und den Kallus Eiter. Der Zahn wurde „gezogen" und, siehe da, die Schmerzen waren weg. Braver Zahnarzt! Wenn der Kallus nach außen abläuft wird es **Zahnfistel** genannt. Die Heilung ist dann stark verzögert.

Grundsätzlich gibt es zwei verschiedene Schmerzentstehungen, besonders natürlich bei Syndrom:

1. Äußerer Periodont-Spannungschmerz

Wenn das Loch randständig ist, dann spannt sich das Periodont (Periost des Zahns) bei der Rekalzifikation unter starkem Innendruck auf das Nervengitter: Schmerzen, dicke Backe. Bei Syndrom: sehr dicke Backe!

2. Pulpenhöhle wird komprimiert

Wenn die Osteolyse (= Loch) im Inneren des Zahnknochens ist, dann in der pcl-Phase bekommt „Gewebe/Flüssigkeits-Druck" der sich in die Pulpa (= Zahnhöhle) drückt und Schmerzen und „dicke Backe" macht. Besonders bei Syndrom stärkere Schmerzen, weil Innendruck im Loch erhöht!!!
In beiden Fällen resultiert Schmerz, aber in diesem Fall ist er schwächer.

Therapie: Wenn der Patient weiß, daß weder der Zahn noch der Kiefer „faul" oder krank ist, sondern daß hier ein Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm schon in der pcl-Phase abläuft und der Zahn am Ende des SBS wieder ganz gesund sein kann, dann versucht er mit dem Zahnarzt der Germanischen Heilkunde den Konflikt zu lösen und das Ende des SBS ruhig abzuwarten.
Dieses dauert länger, wenn neue Rezidive hinzukommen.

Diese sog. faulen Zähne als gefährliche Krankheitsherde anzusehen, die „saniert" gehören, weil sie angeblich unendlich viele Krankheiten erwirken könnten, war alles ein frommer Irrtum.

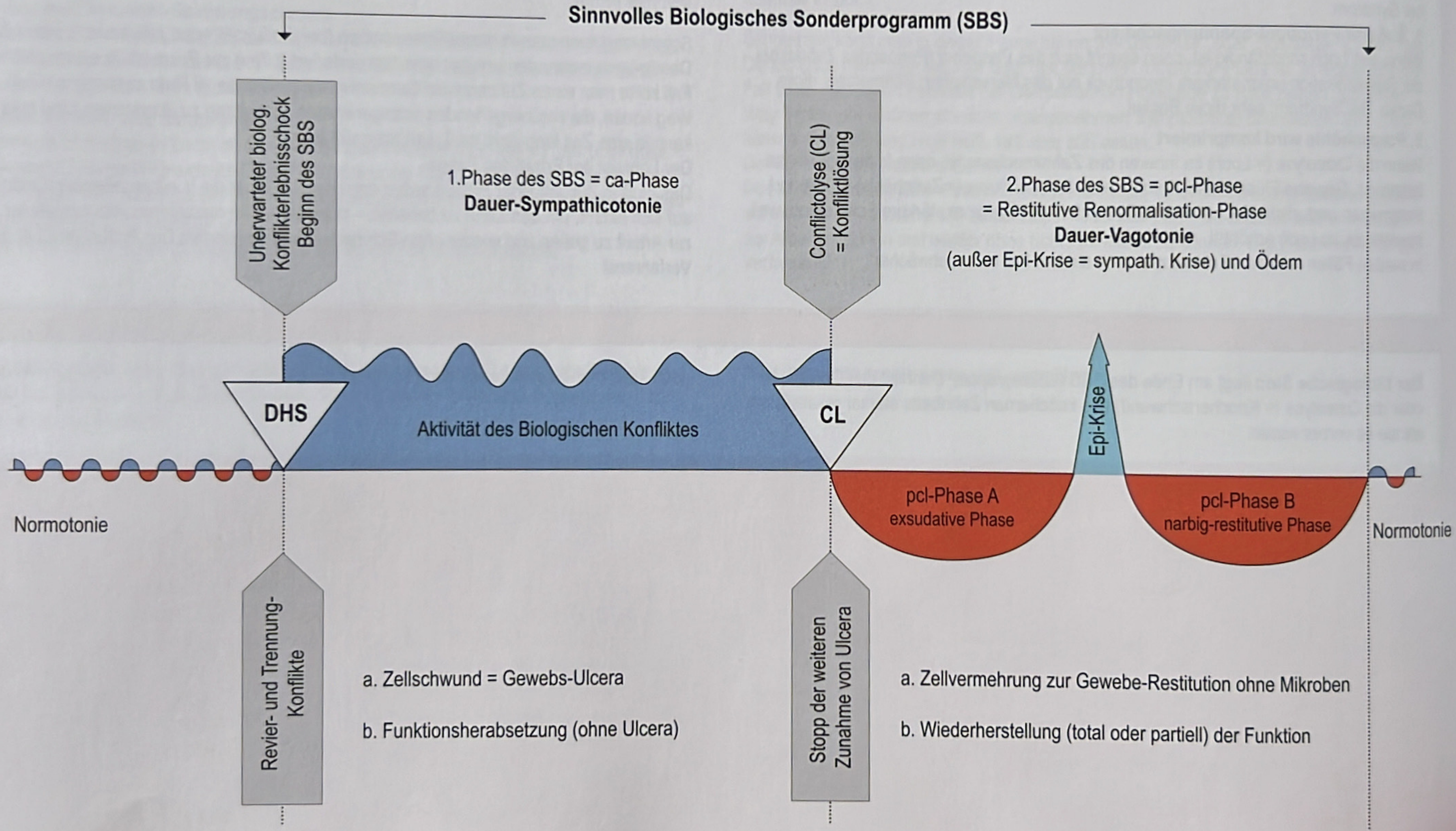
Schmerzen kann man in dieser Phase haben (bei „heiß/kalt" oder „süß/sauer"), wenn das Dentin-Loch mehr oder weniger oder fast perforiert (offen) zur Pulpa ist. In einem solchen Fall sollte man einen Zahnarzt der Germanischen Heilkunde zu Rate ziehen und einen Weg finden, die vorübergehenden unangenehmen Symptome zu überstehen. Und man kann ja eine Zeit lang nicht heiß, kalt oder süß essen.
Der Lohn ist der Erhalt des Zahns.
Das muß in Zukunft jeder Patient selbst entscheiden, ob er die vorübergehenden Leiden auf sich nimmt, um den Zahn zu behalten – oder den Zahn extrahieren läßt, um wieder zur Arbeit zu gehen und wieder ohne Schmerz essen zu können. Der Patient ist Chef des Verfahrens!

Der biologische Sinn liegt am Ende des SBS (Luxusgruppe): Dann ist das Dentinloch oder die Osteolyse (= Knochenschwund) des knöchernen Zahnbetts stärker rekalzifiziert, als sie es vorher waren.
Jetzt kann man besser kauen und zermahlen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

EKTODERM

Äußeres Keimblatt
von der Großhirnrinde gesteuert



® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

EKTODERM

Äußeres Keimblatt

Ektoderm Gewebe: Plattenepithel

HAMERsche HERDe: in der Großhirnrinde

Die zum Ektoderm zählenden Anteile unseres Organismus müssen wir in zwei große Gruppen einteilen (beide von der Großhirnrinde gesteuert):

1. **SBS mit Ulcera:** Die Organteile aus dem ektodermalen Plattenepithel machen in der ca-Phase Ulceration, also Gewebe-Minus. Diese verläuft entweder mit Schmerz (bei Organteilen mit SS-Schema-Sensibilität), oder ohne Schmerz (bei Organteilen mit ÄH-Schema-Sensibilität).
   In der pcl-Phase folgt die Restitution des Plattenepithel-Gewebes. Bei Organen mit SS-Schema-Sensibilität verläuft sie ohne Schmerz und bei Organen mit ÄH-Schema-Sensibilität mit Schmerz.
   Hierbei handelt es sich z. B. um **Revier-** oder **Trennungskonflikte**.
   Dazu gehören z. B. folgende ektodermalen Organteile: : Äußere Haut, Milchgänge der Brust, Gebärmutterhals und -mund, Samenblase, Nierenbecken + Ureteren, Blase, Uretra, Rektum und Vagina, Koronar-Arterien- und Venen-Intima, kleine Curvatur des Magens mit Bulbus duodeni (Zwölffingerdarm), intra- u. extrahepatische Gallengänge, intra- u. extrapankreatische Bauchspeicheldrüsengänge, etc.).

2. **SBS ohne Ulcera**: Sinnvolle Biologische Sonderprogramme der ektodermalen Organ-Anteile, welche kein Plattenepithel haben, verlaufen in der ca-Phase ohne Ulcera und auch ohne Geweberestitution in der pcl-Phase. Hier beobachten wir Funktionseinbußen des Gewebes in der ca-Phase und Rückkehr der Funktion (partiell oder total) in der pcl-Phase.
   Z. B.: Bei den α-Inselzellen des Pankreas (**Angst-Ekel-Konflikt**) Unterzuckerung oder den β-Inselzellen des Pankreas (**„Konflikt des sich Sträubens“**) Diabetes, Veränderung bzw. Verminderung des Insulins, Hyperglykämie, Funktionsminderung bei der Retina (Netzhaut) **Angst im Nacken-Konflikt** vor einer Sache.

Bei ektodermalen Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen liegt der **biologische Sinn in der ca-Phase**.

Sinnvolle Biologische Sonderprogramme des Ektoderms verlaufen **ohne Mikroben**.

Für die Großhirnrinde unterscheiden wir zwei Kategorien der Konflikte:

1. Nicht-Revierbereichs-Konflikte
2. Revierbereichs-Konflikte

Ad 1) **Bei Konflikten außerhalb der Revierbereiche** gilt nur die Regel der Händigkeit:
Bei Rechtshändern (RH), egal ob Frau oder Mann:
Rechte Körperhälfte: Der Konflikt hat mit Partner zu tun;
Linke Körperhälfte: Der Konflikt hat mit Mutter oder Kindern zu tun.
Bei Linkshändern (LH), egal ob Frau oder Mann:
Rechte Körperhälfte: Der Konflikt hat mit Mutter oder Kindern zu tun;
Linke Körperhälfte: Der Konflikt hat mit Partner zu tun.

Ad 2) **Bei Revierbereichskonflikten**[1] (z.B. Identitätskonflikt, Revierärgerkonflikt, usw.) sind zusätzlich zu den Regeln der Händigkeit noch die Regeln der Waage, das Geschlecht und der Sexualhormonspiegel entscheidend.

Ektodermales Plattenepithel-Gewebe zeigt zwei Arten der Sensibilität im Verlauf eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms (SBS):
1. Sensibilitätsverlauf bei SBS nach Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)
2. Sensibilitätsverlauf bei SBS nach dem Äußere-Haut-Schema (ÄH-Schema)

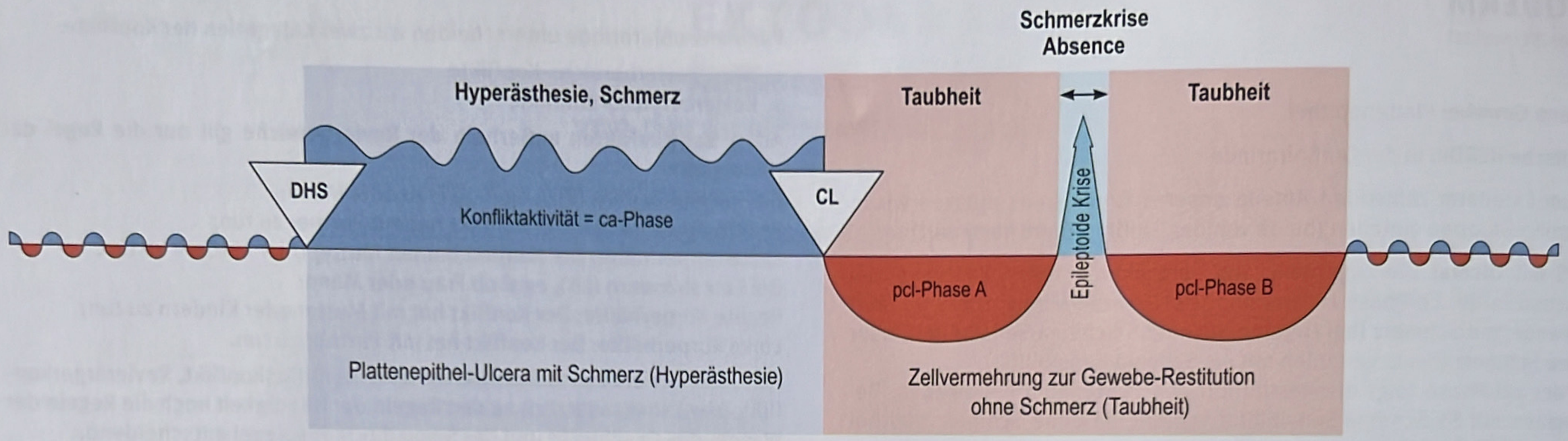
Im Verlauf eines SBS verhält sich die Schleimhaut-Plattenepithel-Sensibilität genau umgekehrt zur Äußeren-Haut-Sensibilität, obwohl bei beiden in der ca-Phase Ulcera entstehen, die auch bei beiden in der pcl-Phase wieder abheilen.
In der klinischen Arbeit ist es wichtig, diese beiden Arten der Plattenepithel-Sensibilität zu kennen und zuordnen zu können.
Das ist etwas, das jeder Patient leicht verstehen kann und sich so seine Schmerzen erklären kann. Wenn es einmal herausgefunden ist, ist es ja auch leicht zu verstehen, z.B.: Warum man bei Bronchitis Hustenreiz hat (Äußere-Haut-Schema), warum man in der pcl-Phase des Muttermund-Ca Schmerzen hat oder Hyperästhesie (Überempfindlichkeit), warum man bei den Rectum-Ulcera in der ca-Phase taub ist, also gar nichts merkt – oder warum die Milchgänge erst in der pcl-Phase jucken und schmerzen, etc. etc. Für unsere Patienten ist es wichtig, daß sie an den Sensationen (Jucken, Hyperästhesie oder Taubheit) erkennen können, in welcher SBS-Phase sie sind.

---

1 Zum Thema Revierkonflikte finden Sie Informationen in der übrigen Literatur von Dr. Hamer

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

1. Schlund-Schleimhaut-Schema-Sensibilitätsverlauf bei SBS (SS-Schema)



Symptome der ca-Phase: Ulceration des Plattenepithels mit Hyperästhesie. mit Schmerzen; beim Periost-Nervengeflecht: stechende, fließende Schmerzen, die wir Rheuma nennen

Symptome der pcl-Phase: Vor und nach epileptoider Krise: Heilungsschwellung, Wiederauffüllung der Ulcera, Restitution, Wärme, Blutung, herabgesetzte Sensibilität bis zu Taubheit

Symptome der epileptoiden Krise: nochmals Hyperästhesie mit starken Schmerzen (siehe Koronar-Herzinfarkt, Magen-Ulcus!) und Absence[2]; beim Periost-Nervengeflecht: starke, stechende, fließende Rheuma-Schmerzen mit Absence
Wenn begleitend die quergestreifte Muskulatur gleichzeitig epileptische Krise (= epileptischer Anfall) macht, dann sind die Symptome: Hyperästhesie + starke Schmerzen + Absence + epileptischer, tonisch-klonischer Anfall der quergestreiften Begleitmuskulatur.

Die sensible Plattenepithel-Schleimhaut (beim Periost nur übriggebliebenes Nervengeflecht), das aus dem Schlund stammt, verhält sich bei SBS nach Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema).

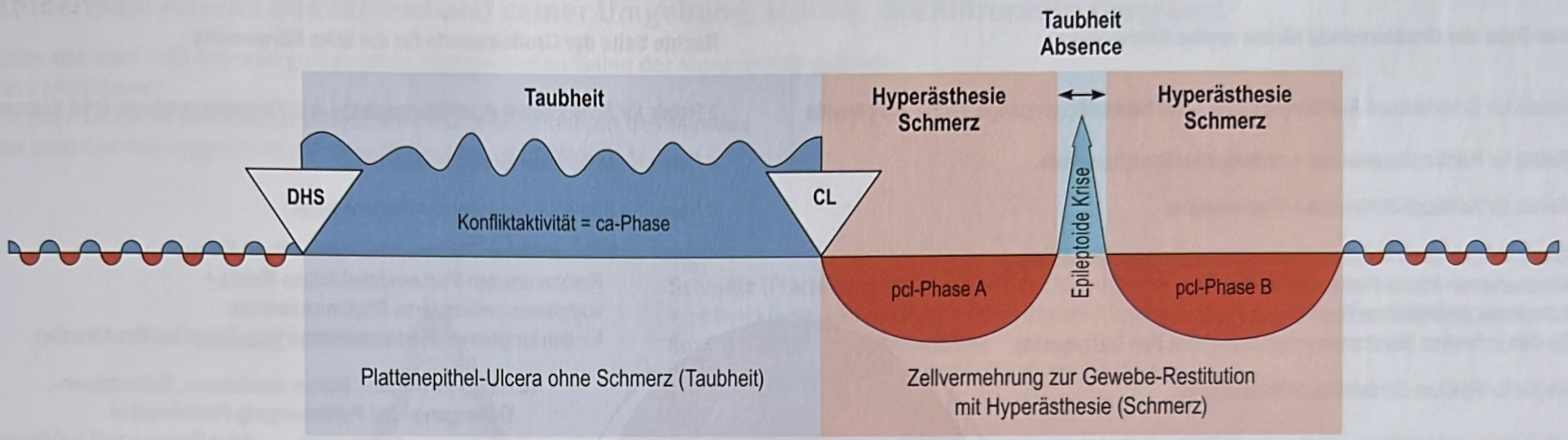
2 Eine Absence kann eine ganz kurze Bewusstseinstrübung von 1 oder 2 Sekunden sein, kann aber auch Minuten, Stunden oder sogar Tage andauern, sogar 1 Woche – abhängig von der vorangegangenen Konfliktmasse. Die Absence erkennt man klinisch unschwer daran, daß alle vitalen Funktionen (Atmung, Kreislauf, etc.) intakt bleiben, nur das Bewußtsein fehlt. An sich könnte man zuwarten, wenn der Patient nicht unterzuckert.

Im folgenden finden wir alle Organe, deren Plattenepithel bei einem SBS nach dem SS-Schema reagiert:

1. Sensibles-Nervengeflecht auf dem Periost (auch Periodont), das früher einmal Plattenepithel hatte (in der ca-Phase das sog. Rheuma)
2. Sensible Plattenepithel-Schleimhaut des Mundes, der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Rachens, des Zahnschmelzes und der Speicheldrüsen-(Ausführungs-)gänge
3. Speiseröhre (obere 2/3)
4. Magen: kleine Curvatur + Pylorus + Bulbus duodeni (Zwölffingerdarm)
5. Gallengänge: Choledochus (große Gallengänge) + Gallenblase + intrahepatische Gallengänge
6. Pankreasgänge
7. Kiemengänge und Kiemenbogenabkömmlinge: Koronararterie, Koronarvenen, Aortenbogen, A. Carotis, Kiemengänge am Hals (alte Kiemen), Schilddrüsenausführungsgänge
8. Nasennebenhöhlen-Schleimhaut, möglicherweise die einzige übriggebliebene Stelle der früheren Periost-Schleimhaut
9. Eichel (Glans) des Penis und die Klitoris

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

2. Äußere-Haut-Schema-Sensibilitätsverlauf bei SBS (ÄH-Schema)



Symptome der ca-Phase: Ulceration mit Taubheit (= Hyposensibilität) der Plattenepithel-Haut

Symptome der pcl-Phase: vor und nach der epileptoiden Krise: Heilungsschwellung, Wiederauffüllung der Ulcera, Restitution, Wärme, Rötung, Jucken (Pruritus), Schmerzen und Hyperästhesie

Symptome der epileptoiden Krise: kurzfristige Taubheit und Absence

Wenn die begleitende quergestreifte Muskulatur auch gleichzeitig epileptische Krise = epileptischen Anfall hat (nur wenn es gleichzeitig um ein motorisches SBS geht), treten zu Taubheit und Absence mit epileptischem muskulären Anfall noch Tenesmen (beständiger Stuhl- oder Harndrang) hinzu, z. B. Rektum-Tenesmen, Blasen-Tenesmen – vorher und hinterher Schmerzen ohne Tenesmen.

Zum Äußeren-Haut-Schema gehört die äußere Haut und die von der äußeren Haut direkt in die Organe eingewanderte Plattenepithel-Schleimhaut.
Im folgenden finden wir alle Organe, deren Plattenepithel bei einem SBS nach dem Äußere Haut-Schema reagiert:

1. äußere Haut (Oberhaut) + Rückseite der Oberhaut mit Pigment und Haaren
2. Kehlkopf
3. Bronchien
4. Milchgänge der weiblichen Brust (Gesäugeleiste)
5. Nase
6. äußerer Gehörgang

1-6 aus der äußeren Haut stammend

7. Blase + ableitende Harnwege
8. Vagina + Gebärmutterhals/-mund
9. Samenblase
10. Rektum

7-10 sind ursprünglich aus dem Schlund ausgewandert, aber nach Ringaufriß durch das Rückenmark neu verkabelt und dabei der äußeren Haut angeschlossen worden, und verhalten sich deshalb nach dem ÄH-Schema trotz ursprünglicher und auch noch aktueller Innervation vom postsensorischen Rindenfeld.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

GROSSHIRN-RINDE-ORGAN-BEZUG

Linke Seite der Großhirnrinde für die rechte Körperseite

1 Relais für Schilddrüsen-Ausführungsgänge und Kiemenbogengänge, rechte Körperseite

3 Relais für Kehlkopfmuskulatur + motorisches Sprachzentrum

5 Relais für Kehlkopf-Schleimhaut-Plattenepithel

7 Gebärmutterhals- und -mund-Plattenepithel-Schleimhaut-Relais; Koronarvenen-Intima-Plattenepithel-Relais + komplexes periinsuläres Rhythmuszentrum für den schnellen Herzkammerrhythmus (Ventrikel-Tachykardie);

9 Relais für Rektum-Schleimhaut-Plattenepithel

11 Relais für rechtes Blasen-Schleimhaut-Plattenepithel + Nierenbecken- und Ureter- (rechts) Übergangs-plattenepithel

13 Relais für linke Netzhauthälften, die nach rechts schauen (linke Sehrinde)

Weiblicher Revier-Bereich

15 Relais für linke Glaskörperhälften, die nach rechts schauen

17 Relais für Zahnschmelz der rechten Zähne

19 Relais für Alfa-Langerhans-Inselzellen (Glucagon)

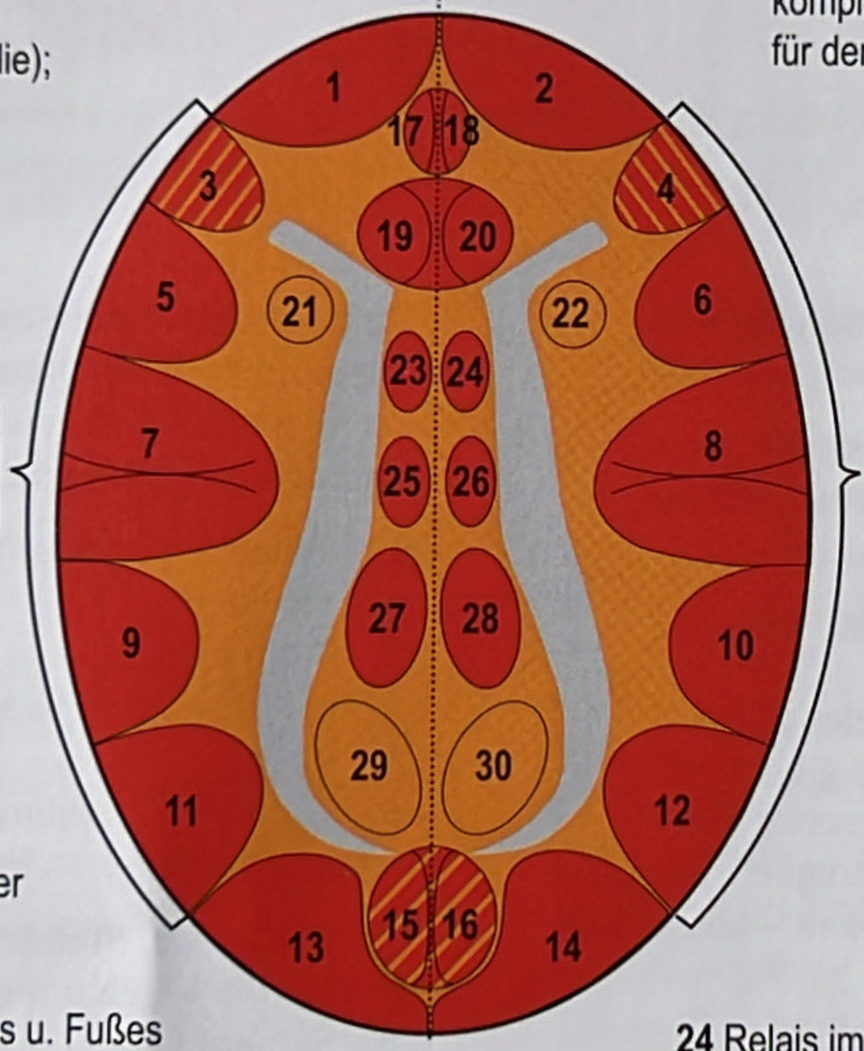
21 Großhirn-Marklager-Relais für linken Myokard (quergestreifter Anteil) gehört zum Mesoderm des Großhirn-Marklagers

23 Relais im motorischen Bereich für Motorik des rechten Beines u. Fußes

25 Relais im sensorischen Bereich für Sensorik des rechten Beines und Fußes

27 Relais im postsensorischen Bereich für die Nervengitter-Periost-Sensibilität des rechten Beines und Fußes

29 Großhirn-Marklager-Relais für mesodermalen Parenchym des rechten Hoden, des rechtes Ovar (kreuzen vom Gehirn zum Organ) und der mesodermalen linken Nieren 2 cm kaudal (tiefer) – kreuzt nicht vom Gehirn zum Organ



Rechte Seite der Großhirnrinde für die linke Körperseite

2 Relais für Schilddrüsen-Ausführungsgänge und Kiemebogengänge, linke Körperseite

4 Relais für Motorik der Bronchialmuskulatur

6 Relais für Bronchial-Schleimhaut-Plattenepithel

8 Samenblasen-Plattenepithel-Schleimhaut-Relais; Koronararterien-Plattenepithel-Intima-Relais + komplexes periinsuläres Rhythmuszentrum für den langsamen Herzkammerrhythmus (Ventrikel-Bradykardie);

10 Relais für Magen-, bulbus duodenum-, Gallenblasen-, Gallengang- und Pankreasgang-Plattenepithel

12 Relais für linkes Blasen-Schleimhaut-Plattenepithel + Nierenbecken- und Ureter (links) Übergangsplattenepithel

Männlicher Revier-Bereich

14 Relais für rechte Netzhauthälften, die nach links schauen (rechte Sehrinde)

16 Relais für rechte Glaskörperhälften, die nach links schauen

18 Relais für Zahnschmelz der linken Zähne

20 Relais für Beta-Langerhans-Inselzellen (Insulin)

22 Großhirn-Marklager-Relais für rechten Myokard (quergestreifter Anteil) gehört zum Mesoderm des Großhirn-Marklagers

24 Relais im motorischen Bereich für Motorik des linken Beines u. Fußes

26 Relais im sensorischen Bereich für Sensorik des linken Beines und Fußes

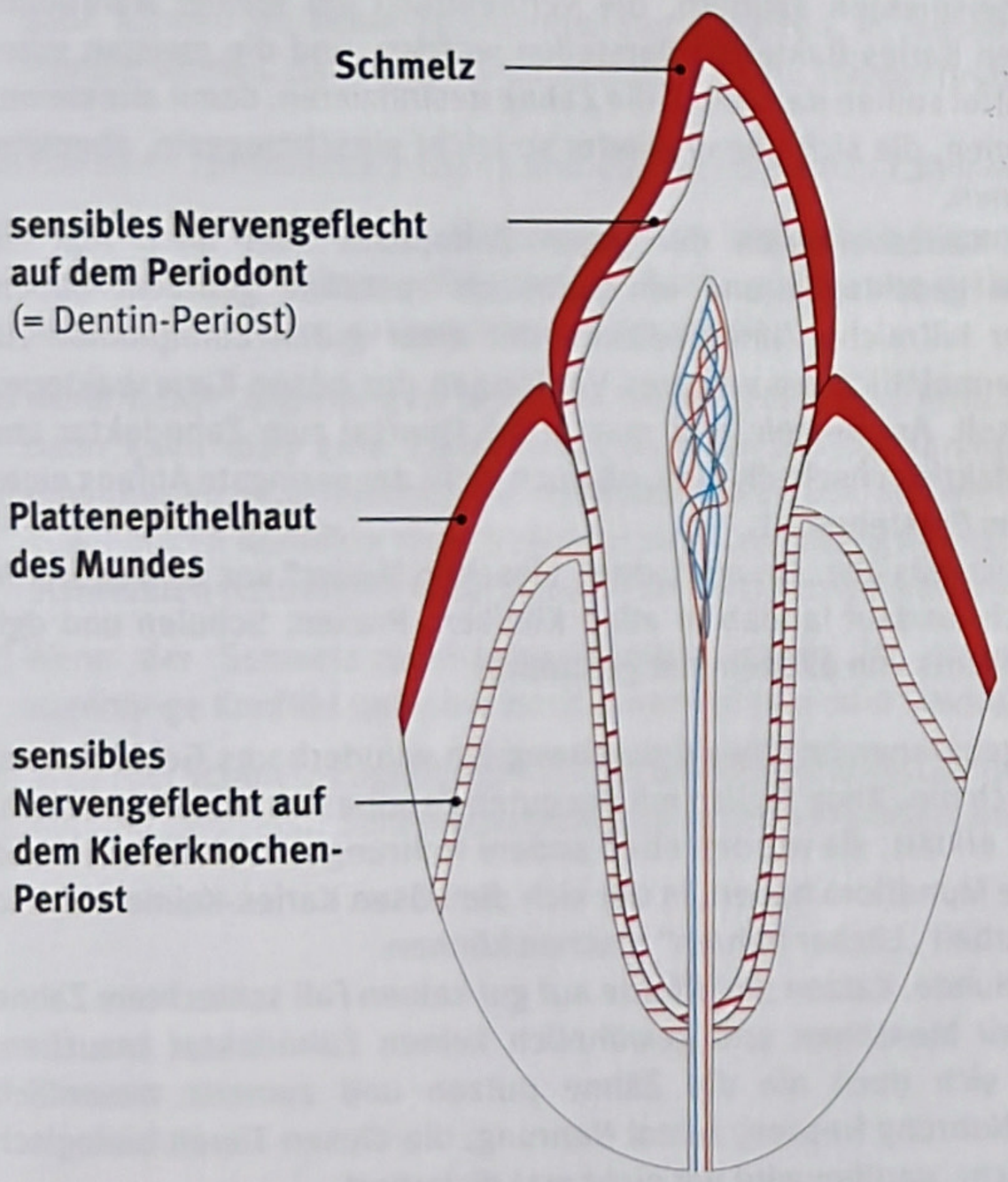
28 Relais im postsensorischen Bereich für die Nervengitter-Periost-Sensibilität des linken Beines und Fußes

30 Großhirn-Marklager-Relais für mesodermalen Parenchym des linken Hoden, des linkes Ovar (kreuzen vom Gehirn zum Organ) und der mesodermalen rechten Nieren 2 cm kaudal (tiefer) – kreuzt nicht vom Gehirn zum Organ

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Ektodermale Anteile des Zahnes und seiner Umgebung, von der Großhirnrinde gesteuert

Zu den von der Großhirnrinde gesteuerten, ektodermalen Teilen der Mund-Höhle gehören:
- der Zahnschmelz
- die oberflächliche Mundschleimhaut oder Plattenepithelhaut des Mundes
- das sensible Nervengeflecht auf dem Periost (auch Periodont)



Schmelz (Plattenepithel von der Großhirnrinde gesteuert)
= entwicklungsgeschichtlich verfestigtes Plattenepithel, enthält Sensibilität!
Konflikt: **nicht zubeißen dürfen**
RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner
LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind

Der Sensibilitätsverlauf im SBS folgt dem Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)
ca-Phase: Zahnschmelz-Loch (= Plattenepithel-Ulcera), bzw. Schmelzdefekt (sog. Karies) mit Hyperästhesie (Schmerz)
pcl-Phase: vor und nach epileptoider Krise: Zellvermehrung zur Gewebe-Restitution ohne Schmerz (Taubheit), bzw. Wiederauffüllung des Schmelzdefektes
epileptoide Krise: hier nochmals stärkere Schmerzen (Schmerzkrise) mit Absence

Oberflächliche Mundschleimhaut (Plattenepithelhaut des Mundes, SS-Schema):
Konflikt: **Trennungskonflikt**, eine Trennung vermeiden wollen und/oder eine Trennung herbeiführen wollen. Enstprechend auch im Mund:
- einen Brocken hereinholen wollen und/oder
- einen unerwünschten oder ungeeigneten Brocken oder Gegenstand loswerden (= ausspeien) zu wollen.

RH: li. für Mutter oder Kind, re. für Partner
LH: li. für Partner, re. für Mutter oder Kind

Der Sensibilitätsverlauf im SBS folgt dem Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)
ca-Phase: Plattenepithel-Ulcera mit Hyperästhesie (Schmerz)
pcl-Phase: Zellvermehrung zur Gewebe-Restitution = Wiederauffüllung der Ulcera ohne Schmerz (Taubheit) vor und nach epileptoider Krise;
epileptoide Krise: hier nochmals stärkere Schmerzen (Schmerzkrise) mit Absence.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Zahnschmelz

Wenn wir den Zahn einteilen in Krone, Hals und Wurzel, dann ist der Zahnschmelz die Krone.
Der Zahnschmelz entsteht entwicklungsgeschichtlich aus dem Ektoderm, leitet sich von der Mundschleimhaut ab und hat sein zugehöriges Relaiszentrum im Gehirn (HAMERscher HERD) im frontalen sensorischen Rindenfeld (interhemisphärisch, frontal paramedian).
Der Schmelz, der die Krone überzieht, ist praktisch durch anorganische Stoffe (Kalziumsalze) zu maximaler Härte verfestigtes Plattenepithel, ähnlich dem der Mundschleimhaut.
Er hat nur noch 4 % organische Bestandteile. Aber gerade dieser organische Bestandteil ist ein Zeichen dafür, daß der Schmelz lebt und auch Stoffwechsel hat.
Der zugehörige Konflikt ist „Nicht zubeißen **dürfen!**“ (dagegen Dentin: „Nicht zubeißen können!“). D.h., daß das Individuum sich gehindert fühlt zuzubeißen – Maulkorb-Konfikt. Auch hier wieder unterschieden nach Schneide-, Fang-, Backen- oder Mahlzähnen und auch nach Händigkeit, bzw. Mutter/Kind oder Partner.
Dieses „dürfen“ ist nicht ethisch-moralisch gemeint, sondern biologisch!
Z.B. darf der Zweitwolf den jungen Welpen nicht beißen, weil ihn selbst augenblicklich die Alpha-Wölfin, die für gewöhnlich die Mutter der Welpen ist, mit empfindlichen Bissen ganz furchtbar abstraft. Das weiß der Zweitwolf sehr genau und muß deshalb das mutwillige spielerische Beißen der Welpen erdulden, und bekommt dabei noch ein DHS: Schmelzkaries.
Wir Menschen sind erzogen und gedrillt, in vielen Situationen, in denen wir beißen möchten und nicht dürfen, deshalb auch aus ethisch-moralischen Gründen Schmelzkaries bekommen.

In der konfliktaktiven Phase entsteht ein Zahnschmelz-Loch (sog. Karies). **Der Biologische Sinn dieses sog. Schmelzdefekts liegt hier allerdings in der ca-Phase:** Der Zahnschmelz „fault weg“ (= Karies) und der Zahn wird stumpf und schmerzhaft. Dadurch kann man auch nicht mehr beißen, was man ja auch nicht darf.
In der pcl-Phase kommt es zu einer langsamen Restitution, einer „Reparatur“ des „Schmelzdefekts“, jedoch ohne Schmerzen (SS-Schema), allerdings bei warm/kalt oder süß/sauer hat der Patient gelegentliche Missempfindungen.
Mit der Konfliktlösung verläuft die Restitution im Prinzip ebenfalls automatisch, auch wenn man gar nichts machen würde, vorausgesetzt natürlich, daß zwischenzeitlich keine neuen Rezidive auftreten.

Die sogenannte Karies, von den Zahnmedizinern so genannt, gibt es nicht. Es war wieder mal ein frommer Irrtum, wie so vieles andere auch.
Böse, kleine Bakterien sollten den Zahnschmelz anfressen – besonders bei Leuten, die ihre Zähne nicht regelmäßig putzen – und dadurch die Löcher in den Zähnen bewirken. Das Zähneputzen sollte gleichzeitig die Zähne von den Speiseresten säubern, die vermeintlich ein idealer Nährboden für die bösen Karies-Bakterien darstellen würden, und die meisten guten Zahnputzmittel sollten dazu noch die Zähne desinfizieren, damit alle kleinen Kariesbakterien, die sich immer wieder so leicht einschmuggeln, abgetötet werden können.
Sollten die Kariesbakterien der guten Zahnpasta aber doch mal ein Schnippchen geschlagen und ein Zahnloch zustande gebracht haben, dann ist der hilfreiche Zahnmediziner mit einer guten Zahnplombe zur Hand, die vermeintlich ein weiteres Vordringen der bösen Kariesbakterien verhindern soll. Am besten geht man jedes Quartal zum Zahndoktor und lässt prophylaktisch nachschauen, ob auch nicht der geringste Anfang eines Zahnlochs am Entstehen ist.
So stellten sich das alle „Dr. med. dent. Lieschen Müller“ vor. Und so wurde es dann auch landauf landab in allen Kliniken, Praxen, Schulen und dgl. propagiert. Nichts von alledem hat gestimmt!

Daß die Eingeborenen im Urwald durchweg ein wunderbares Gebiß haben, auch ohne sich die Zähne täglich mit der guten Zahnpasta geputzt zu haben, wurde damit erklärt, sie würden eben andere Nahrung zu sich nehmen und dadurch eine Mundflora haben, in der sich die bösen Karies-Keime nicht so gut an ihre Arbeit „Löcher bohren“ machen können.
Daß unsere Hunde, Katzen und Pferde auf gar keinen Fall schlechtere Zähne haben als wir Menschen und gewöhnlich keinen Zahndoktor brauchen, obwohl sie sich doch nie die Zähne putzen und zumeist wesentlich schlechtere Nahrung fressen, zumal Nahrung, die diesen Tieren biologisch nicht entspricht, darüber wird gar nicht erst diskutiert.
Ja, an diesen heiligen Dogmen der sog. Karies zu rütteln, gehört zur schlimmsten Ketzerei und würde schon ganz alleine für sich ausreichen,

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

dem Schreiber Berufsverbot als Arzt zu erteilen; denn der Zweifel an solch heiligen Kühen könnte ja den ganzen Berufsstand der Zahndoktoren im Nachhinein zu Zahnklempnern herabwürdigen, obwohl doch gerade dort die „Zahn-Ärztlichkeit“ so gerne reklamiert wird.

Im Fall eines Zahnschmelz-Konfliktes (Zahnschmelz-Karies) haben wir verschiedene Möglichkeiten:

a) Der zugehörige Konflikt ist bereits gelöst: dann können wir entweder die lang dauernde Spontanheilung abwarten oder eine Plombe einsetzen.

b) Der zugehörige Konflikt ist nicht gelöst und auch momentan nicht lösbar: dann können wir keine Spontanheilung erwarten. In diesem Fall ist die Plombe sinnlos, da das Zahn-Ulcus (sog. Karies) voranschreitet.

Im Fall eines Zahnschmelz-Lochs und gleichzeitig eines Zahnbein-Lochs:

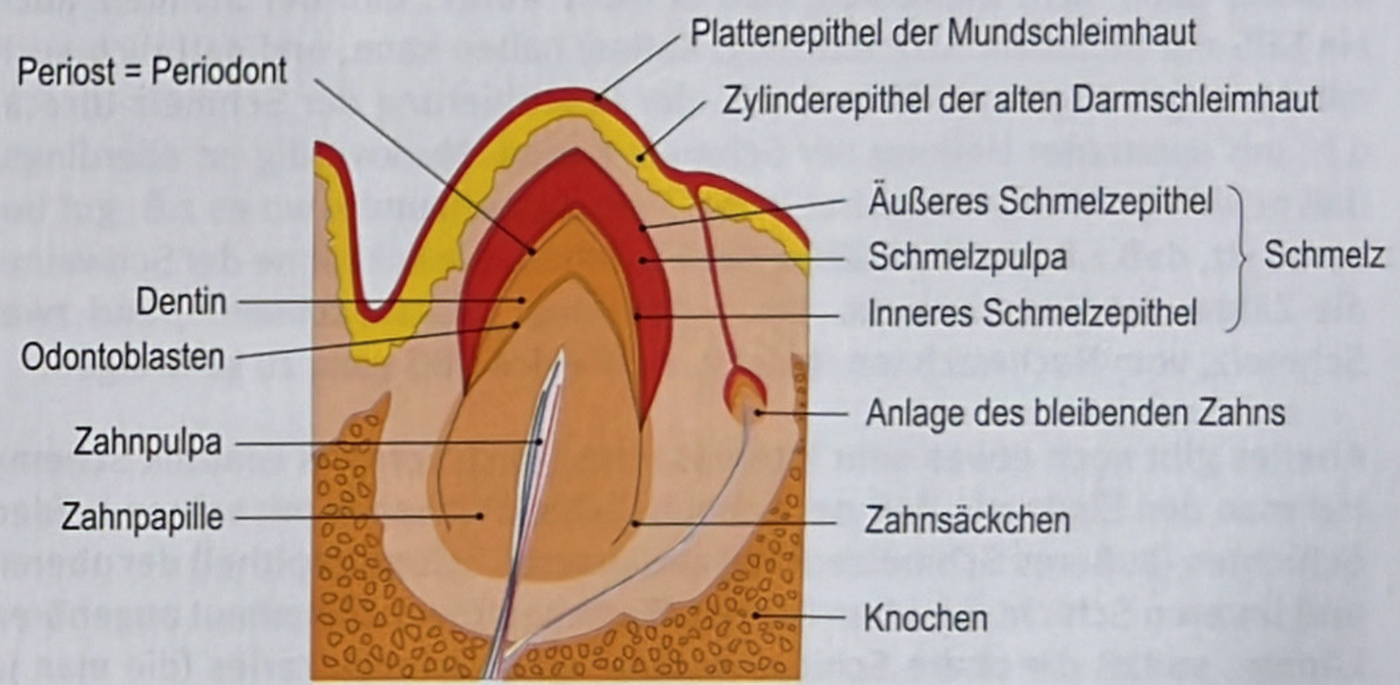
a) Wenn beide zugehörigen Konflikte gelöst sind, dann könnte in Zukunft vielleicht eine Schmelz-Plombe genügen, auch wenn jetzt noch eine solche Behandlung ausgeschlossen erscheint.

b) Wenn beide zugehörigen Konflikte nicht gelöst und nicht lösbar sind, dann kann man eine Zahnextraktion oder Devitalisierung des Zahns durchführen, womit jedoch die HAMERschen HERDE im Gehirn und die zugehörigen Konflikte nicht behoben sind und zwangsläufig zu schwersten Neuralgien (sog. Nervenschmerz) führen werden!

c) Wenn der Schmelz-zugehörige Konflikt gelöst ist und der Dentin-zugehörige Konflikt unlösbar ist: Zahnextraktion oder Devitalisierung.

d) Wenn der Schmelz-zugehörige Konflikt unlösbar und der Dentin-zugehörige Konflikt gelöst ist: Schmelzplombe, die später vergrößert werden kann.

Die untere Graphik[1] ist nicht nur höchst interessant, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach auch faktisch richtig. Denn Ferner war ja Papst der Entwicklungsgeschichte. Wenn wir nun die Erkenntnisse der Germanischen Heilkunde an diese entwicklungsgeschichtlichen „Fakten“ anlegen, dann ist das keine Papstkritik, denn Ferner wußte ja noch nichts von der Germanischen Heilkunde.



Modifiziert entsprechend der Germanischen Heilkunde, nach H. Ferner.

Was das Dentin = Zahnbein, anbelangt, so gibt es keine Meinungsverschiedenheiten. Ferner schreibt auch: „Die Fähigkeit zur Dentinbildung durch Odontoblasten bleibt zeitlebens erhalten.“ Das heißt: Dentinlöcher können sich jederzeit (bei Conflictolyse des SBS) wieder rekalzifizieren. Problematischer wird die Sache beim Schmelz und bei den bleibenden Zähnen.

Zitat Ferner (S. 89) bezüglich Schmelz: „... von den Zellen des inneren Schmelzepithels (Adamantoblasten, Ameloblasten) werden zunächst noch weiche, homogene Schmelzprismen abgeschieden, die dann ebenfalls verkalken.
Jeder Zelle des Schmelzepithels entspricht ein Schmelzprisma.

---

1 H. Ferner, „Grundriß der Entwicklungsgeschichte des Menschen“, Ernst Reinhard Verlag, München 1959. Abb. 53: Entwicklungsstadien eines Milchzahns, bei dem die Schmelz- und Dentinbildung bereits begonnen hat.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Durch eine Kittsubstanz sind die Schmelzprismen fest miteinander verbunden. Eine Neubildung von Schmelz kann später nicht mehr stattfinden, da alle Schmelzzellen zur Bildung von Schmelzprismen aufgebraucht werden."

Nun (wie gesagt), der große Ferner kannte ja die Germanische Heilkunde noch nicht, die wurde ja erst 20 Jahre später entdeckt. Wir können ihm deshalb auch nicht ankreiden, daß er nicht wußte, daß der Schmelz auch ein SBS mit Ulcus am Schmelz (sog. Karies) haben kann, und natürlich auch mit der zugehörigen pcl-Phase, d.h. der Restituierung der Schmelz-Ulcera, d.h. mit spontaner Heilung der Schmelz-Karies. Merkwürdig ist allerdings, daß er keinen Blick gewagt hat in die Tierzahnheilkunde, wo es z.B. gut bekannt ist, daß z.B. die Stoßzähne der Elefanten, die Eckzähne der Schweine, die Zähne der Nagetiere etc. etc. lebenslang „nachwachsen"[2], und zwar Schmelz, vom Nachwachsen in der 2. Hälfte des SBS ganz zu schweigen.

Aber es gibt noch etwas sehr Interessantes: Nach Ferner's Graphik-Schema hat man den Eindruck, daß der Schmelz beim Milchzahn mit seinen beiden Schichten (äußeres Schmelzepithel und inneres Schmelzepithel) der oberen und unteren Schicht der alten Periost-Plattenepithelschleimhaut angehören könnte, sodaß die obere Schicht im Falle einer Schmelzkaries (die man ja stets nur außen findet), d.h. im Falle eines SBS in der ca-Phase ein echtes **„Zahn-Rheuma"** wäre.
Das würde bedeuten: Der Zahnschmelz ist eigentlich die alte – bis auf Stirnhöhlenperiost, Kieferhöhlenperiost und Siebbeinhöhlenperiost, sowie Glans des Penis und der Klitoris – entwicklungsgeschichtlich inzwischen eingeschmolzene, ursprünglich mal dem Periost aufgelegene Plattenepithelschicht, mit ihrer doppelten Innervierung. Zwischen diesen beiden Schichten bildet sich der Plattenepithel-Schmelz.

a) Die dem Periost direkt aufliegende Unterschicht ist zuständig für die Dehnungs- und Spannungszustände.

b) Die obere oder Oberschicht ist die außen sichtbare Schmelzschicht, die das Zahn-Rheuma in der ca-Phase macht – und natürlich besonders stark in der epileptoiden Krise – sprich Schmerzen bei Schmelz-Karies, jeweils, soweit es ca-Phase oder epileptoide Krise ist. Die gleichen „Rheumaschmerzen" finden wir fakultativ bei jedem Knochen im SBS in der ca-Phase und epileptoiden Krise, verursacht durch die obere Nervengitterschicht, obgleich ja hier die ganze Plattenepithelschicht entwicklungsgeschichtlich zurückgebildet ist.

Der Konflikt wäre jeweils ein brutaler Trennung- oder „Getrennt-werden-wollen"-Konflikt des Zahns. Das heißt ein „Nicht-zubeißen-dürfen"-Konflikt.
Ob der Schmelz des bleibenden Zahnes – hier nach Ferner dargestellt durch Einstülpung der Plattenepithel-Mundschleimhaut – (vom Schlund-Schleimhaut-Schema beim Sensibilitätsverlauf des SBS) wirklich aus der Mundschleimhaut stammt oder nicht doch nach demselben Schema entsteht, wie der Milchzahn, kann ich nicht sicher entscheiden, meine aber, daß die Analogie zum Milchzahn viel wahrscheinlicher ist.
Das würde bedeuten, daß auch bei den bleibenden Zähnen der Schmelz aus der alten, ursprünglich mal dem Periost aufgelegenen, Plattenepithelschleimhaut stammt und nicht durch Einstülpung aus der Mundschleimhaut entstanden ist, wobei natürlich auch die Mundschleimhaut (SS-Schema) ursprünglich mal aus dem Periost (der Nasen-Nebenhöhlen) stammt.

Über die oberflächliche Mundschleimhaut/Plattenepithelhaut des Mundes finden Sie mehr im Kapitel „Die große Entwicklungsgeschichte, Revolution des Urwesens".

---

2 E. Eisemmenger u. K. Zetner, „Tierärztliche Zahnheilkunde", Verlag P. Berlin – Hamburg 1982.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Das sensible Nervengeflecht auf dem Periodont

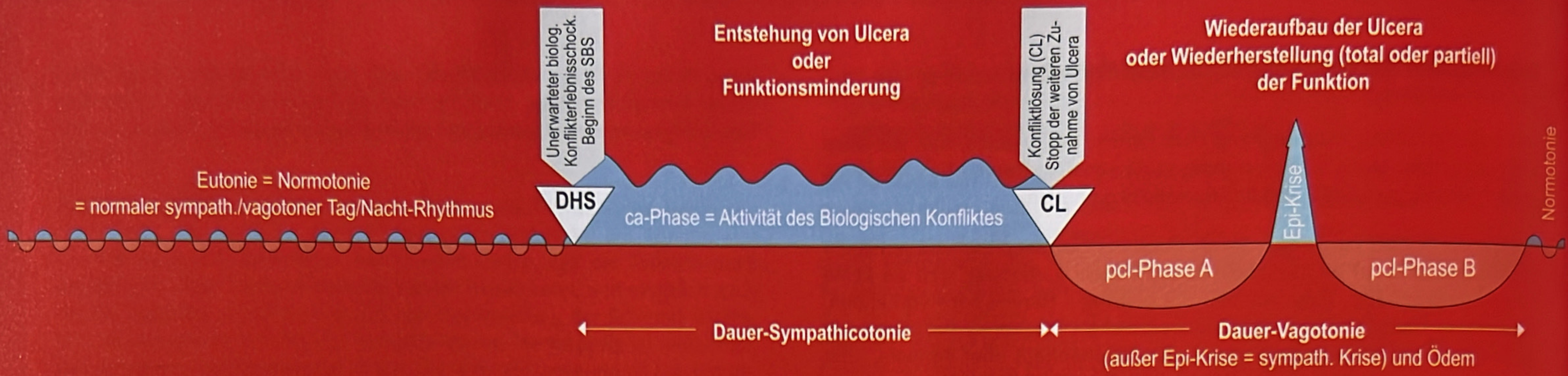
Das sog. Periodont, entsprechend dem Periost des Dentins, hat, wie alles Knochenperiost (auch Kiefer), ektodermale sensible Nerven (ich nenne es auch Periost-Sensibilität), die das Periodont umhüllen.

Die frühere Periost-Epidermis, die ehemals aus Plattenepithel und sensiblen Nerven bestand, ist heute praktisch nicht mehr auffindbar, weil sie keine Funktion mehr hätte, dagegen sind die sensiblen Nerven noch vorhanden. Dieses Nervengitter des entwicklungsgeschichtlich früher einmal vorhanden gewesenen Plattenepithel-Überzugs der Knochenhaut oder Periosts, jetzt nur noch als Nervengitter vorhanden, verläuft nach SS-Schema.

So wie wir auch in der äußeren Haut zwei Schichten vorfinden, eine oberflächliche und eine tiefe Schicht, müssen wir uns vorstellen, daß auch das ursprüngliche Plattenepithel auf dem Periost eine Oberseite (jetzt nur oberflächliche Nervengitter) mit entsprechender Innervierung hatte, die in der ca-Phase das Rheuma macht.
Der Biologische Konflikt (zwar selten beobachtet) wäre ein brutaler Trennung-Konflikt bezüglich des Zahns/der Zähne, z.B. etwas aus den Zähnen gerissen bekommen. Z.B.: einer Katzenmutter, die ihr Junges im Maul trägt, wird von einem Räuber ihr Junges aus den Zähnen gerissen; einfach nicht festhalten **können oder dürfen**.
Diese cortical gesteuerten SBS machen in der ca-Phase und in der epileptoiden Krise den typischen Rheumaschmerz. Der Konflikt, wie oben beschrieben, ist ein brutaler Trennung-Konflikt „etwas aus den Zähnen gerissen bekommen“, nicht festhalten zu können oder zu dürfen.

Die Unterseiteninnervation (jetzt nur tiefe Nervengitter) war offenbar für den Aufdehnungsschmerz bei der Knochenregeneration in der pcl-Phase (Knochenregenerationsödem = Periostaufdehnung) zuständig, macht dabei aber selbst vermutlich kein SBS!
In Wirklichkeit tut der Knochen, der in der pcl-Phase rekalzifiziert und stark ödematisiert wird, gar nicht weh. Schmerzen macht dem Patienten vielmehr die Aufdehnung des hochsensiblen Nervengitters auf dem Periost.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LINKER Cortex für die Plattenepithelschleimhaut der RECHTEN Mundhälfte

Plattenepithelschleimhaut der rechten Mundhälfte, die heute die alte Darmschleimhaut (Submucosa) des Mundes bedeckt.

HH: medio-fronto-basal links.

Im Falle eines SBS: die Plattenepithel-Sensibilität verläuft nach dem Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema):
Ca-Phase: Hyperästhesie bis Schmerzen;
Pcl-Phase: Taubheit;
Epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen.

Die Plattenepithelschleimhaut des Mundes, genau wie die äußere Haut, hat jeweils zwei Konfliktmöglichkeiten, d.h. eine Trennung vermeiden wollen oder/und eine Trennung herbeiführen wollen. Enstprechend auch im Mund:

- einen Brocken hereinholen wollen und/oder
- einen unerwünschten oder ungeeigneten Brocken oder Gegenstand loswerden (= ausspeien) zu wollen.

RH: Trennungskonflikt, der mit Partner zu tun hat

LH: Trennungskonflikt, der mit Mutter oder Kind zu tun hat.

Z.B. Alkoholkontrolle: Autofahrer muß (mit dem Mund) in die Tüte blasen und verliert wegen Alkohols den Führerschein.

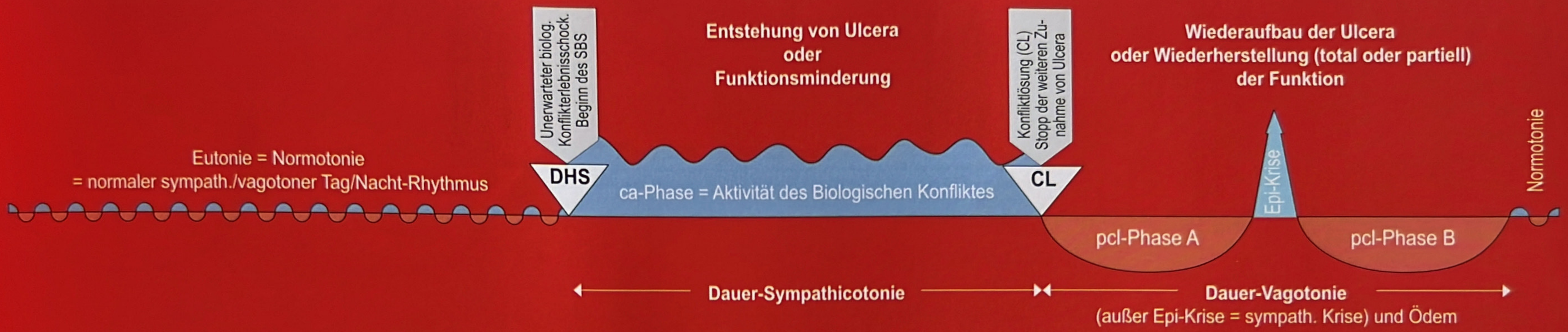
Ca-Phase: Plattenepithel-Ulcera mit Hyperästhesie bis zum Schmerz.
Ein kleineres oder größeres Schleimhaut-Ulcus der Plattenepithel-Mundschleimhaut.
Je größer die Konfliktmaße, desto größer und tiefer ist das Ulcus, sehr schmerzhaft.

Biologischer Sinn: Ulcerative Erweiterung der Mundhöhle.

Pcl-Phase: Zellvermehrung zur Gewebe-Restitution = Wiederauffüllung der Ulcera ohne Schmerzen (Taubheit) vor und nach der epileptoiden Krise; in der epileptoiden Krise nochmals stärkere Schmerzen (Schmerzkrise) mit Absence.

In der pcl-Phase kommt es zu einer starken, lokalen Schwellung des Mundschleimhaut-Plattenepithels, eventuell Blutung (sog. Gingivitis oder Zahnfleischentzündung). Es dauert länger, wenn immer wieder Rezidive kommen.
Etwa nach 3 bis 6 Wochen ist von dem Ulcus, das in dieser Phase bluten kann, praktisch nur noch eine winzige Narbe zu sehen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



RECHTER Cortex für die Plattenepithelschleimhaut der LINKEN Mundhälfte

Plattenepithelschleimhaut der linken Mundhälfte, die heute die alte Darmschleimhaut (Submucosa) des Mundes bedeckt.

HH: medio-fronto-basal rechts.

Im Falle eines SBS: die Plattenepithel-Sensibilität verläuft nach dem Schlund Schleimhaut-Schema (SS-Schema):
Ca-Phase: Hyperästhesie bis Schmerzen;
Pcl-Phase: Taubheit;
Epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen).

Die Plattenepithelschleimhaut des Mundes, genau wie die äußere Haut, hat jeweils zwei Konfliktmöglichkeiten, d.h. eine Trennung vermeiden wollen oder/und eine Trennung herbeiführen wollen. Enstprechend auch im Mund:

- einen Brocken hereinholen wollen und/oder
- einen unerwünschten oder ungeeigneten Brocken oder Gegenstand loswerden (= ausspeien) zu wollen.

RH: Trennungskonflikt, der mit Mutter oder Kind zu tun hat.

LH: Trennungskonflikt, der mit Partner zu tun hat.

Z.B. Alkoholkontrolle: Autofahrer muß (mit dem Mund) in die Tüte blasen und verliert wegen Alkohols den Führerschein.

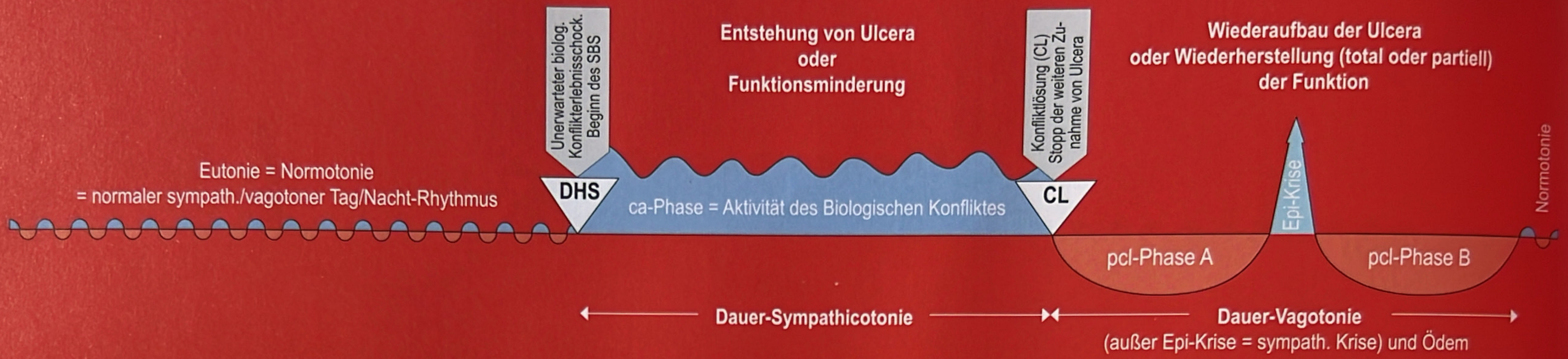
Ca-Phase: Plattenepithel-Ulcera mit Hyperästhesie bis zum Schmerz.
Ein kleineres oder größeres Schleimhaut-Ulcus der Plattenepithel-Mundschleimhaut.
Je größer die Konfliktmasse, desto größer und tiefer ist das Ulcus, sehr schmerzhaft.

Biologischer Sinn: Ulcerative Erweiterung der Mundhöhle.

Pcl-Phase: Zellvermehrung zur Gewebe-Restitution = Wiederauffüllung der Ulcera ohne Schmerz (Taubheit) vor und nach epileptoider Krise;
in der epileptoiden Krise nochmals stärkere Schmerzen (Schmerzkrise) mit Absence.

In der pcl-Phase kommt es zu einer starken, lokalen Schwellung des Mundschleimhaut-Plattenepithels, eventuell Blutung (sog. Gingivitis oder Zahnfleischentzündung). Es dauert länger, wenn immer wieder Rezidive kommen.
Etwa nach 3 bis 6 Wochen ist von dem Ulcus, das in dieser Phase bluten kann, praktisch nur noch eine winzige Narbe zu sehen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

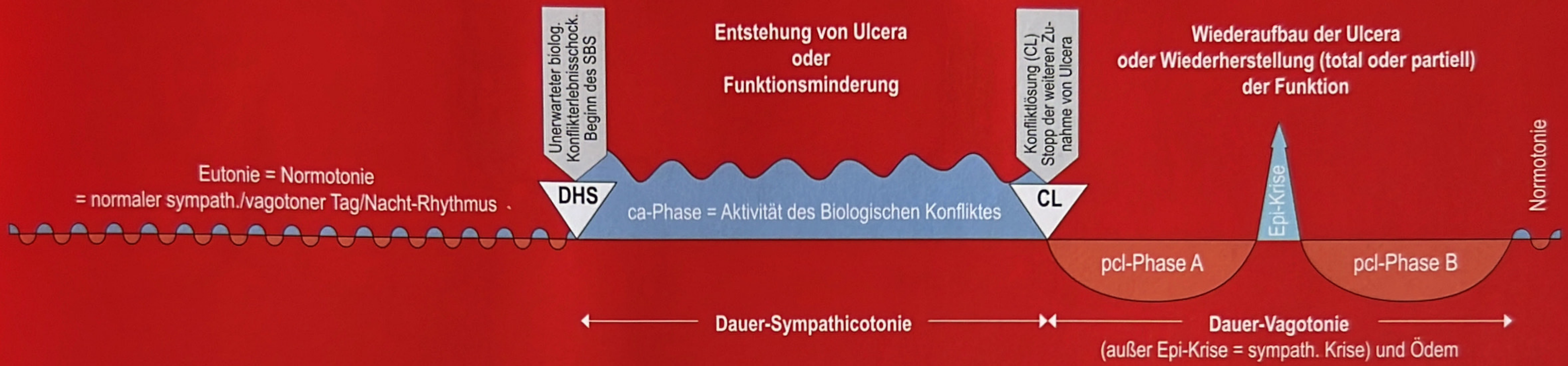


LINKER Cortex für Zahnschmelz der RECHTEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Der **Schmelz**, der aus spezialverhärtetem Plattenepithel besteht, hat ein ganz anderes Hirnrelais als die umgebende Plattenepithelhaut des Mundes.
Im Konfliktfall (DHS): die Sensibilität des Schmelzes verläuft nach dem **Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)**:
ca-Phase: Hyperästhesie bis Schmerzen;
pcl-Phase: Taubheit (die Sensibilität kehrt erst am Ende der pcl-Phase zurück);
epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen.

Zahnschmelz der rechten Schneidezähne (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT BEISSEN („ZUSCHNAPPEN"), aber auch nicht wegdrohen, nicht die Zähne fletschen zu DÜRFEN (übertragen gemeint). **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT BEISSEN („ZUSCHNAPPEN"), auch nicht wegdrohen, nicht die Zähne fletschen zu DÜRFEN (übertragen gemeint).	**Ca-Phase:** Der Schmelz, der die scharfe „Zahn-Schneide" bildet, „ulceriert" (= Karies) genau so, wie bei jedem Plattenepithel. Es „fault" scheinbar weg. Dadurch wird die Zahnschneide stumpf und schmerzhaft (SS-Schema). Man merkt, daß man nicht zubeißen durfte. **Beispiel:** Jedes Mal, wenn der kleine Junge wieder auf die Brustwarze biß, bekam er sofort von der erzürnten Mutter einen kleinen Klaps auf den Kopf und ihm wurde die Brust entzogen. Die linken Schneidezähne des Jungen „faulten" weg, waren schwarz („Milchgebiß"). Die späteren, bleibenden Zähne waren einwandfrei. Schmerz bei heiß/kalt und sehr süß + sauer. Der **Biologische Sinn** liegt in der ca-Phase: Der Zahnschmelz „fault weg" (= Karies) und der Zahn wird stumpf und schmerzhaft. Dadurch kann man auch nicht mehr beißen, was man ja auch nicht darf. *weiter S. 98*	**Pcl-Phase:** Nach Lösung des Konflikts beginnt die Wiederauffüllung der Schmelzdefekte (= Ulcera = Karies). Am Ende der pcl-Phase, sofern keine Rezidive auftreten, verschwindet die Zahnfäule und der Schneidezahn ist wie vorher. Dies ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Beißfunktion weiter ausüben muß. Außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer ohne Rezidive:** ½ bis 1 Jahr; **Dauer mit Rezidiven:** Jahre. Aber es tut – mit Ausnahme der epileptoiden Krise in der pcl-Phase – nicht mehr weh (Schlund-Schleimhaut-Schema). **Beispiel:** Nach dem Abstillen war der Konflikt beendet. Die bleibenden Zähne waren „normal". Wäre der Konflikt mit bleibenden Zähnen gewesen, hätten sich die Schmelz-Ulcera bis zu einem gewissen Grade regenerieren können. Bei den Tieren ist der Vorgang allen Biologen bekannt (Schmelz-Regeneration).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

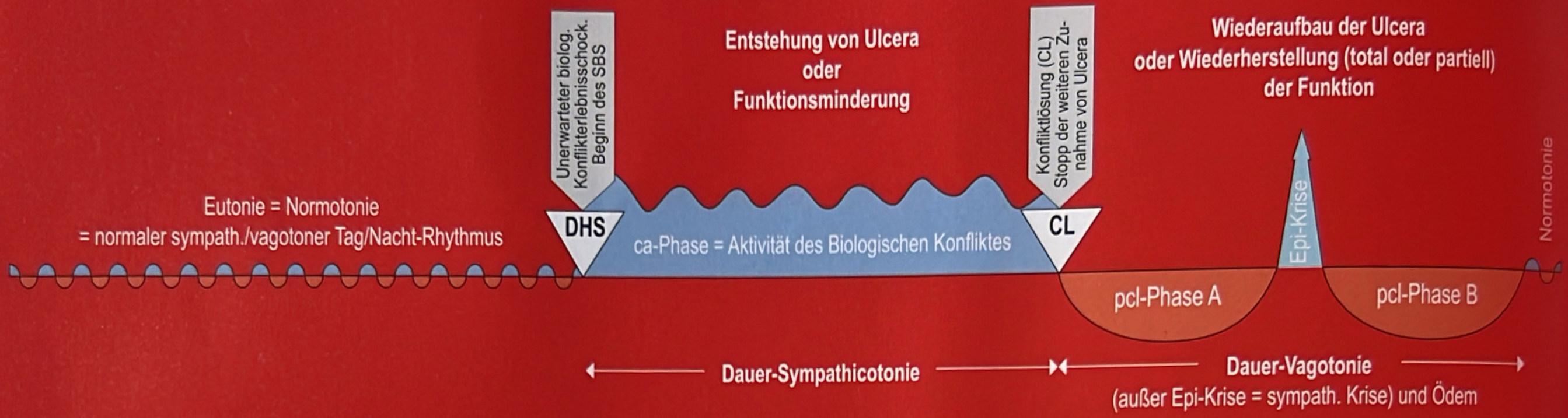


RECHTER Cortex für Zahnschmelz der LINKEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Der **Schmelz**, der aus spezialverhärtetem Plattenepithel besteht, hat ein ganz anderes Hirnrelais als die umgebende Plattenepithelhaut des Mundes.
Im Konfliktfall (DHS): die Sensibilität des Schmelzes verläuft nach dem **Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)**:
ca-Phase: Hyperästhesie bis Schmerzen;
pcl-Phase: Taubheit (die Sensibilität kehrt erst am Ende der pcl-Phase zurück);
epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen

Zahnschmelz der **linken Schneidezähne** (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT BEIßEN („ZUSCHNAPPEN"), nicht wegdrohen, auch nicht die Zähne fletschen zu DÜRFEN. **Beispiel:** 3-Jähriger, der noch die Brust haben darf, darf nicht auf die Brustwarze BEISSEN. **LH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT BEISSEN („ZUSCHNAPPEN"), auch nicht wegdrohen, nicht die Zähne fletschen zu DÜRFEN.	**Ca-Phase:** Der Schmelz, der die scharfe „Zahn-Schneide" bildet, „ulceriert" (= Karies) genau so, wie bei jedem Plattenepithel. Es „fault" scheinbar weg. Dadurch wird die Zahnschneide stumpf und schmerzhaft (SS-Schema). „Er merkt, daß er nicht zubeißen durfte" **Beispiel:** Jedes Mal, wenn der kleine Junge wieder auf die Brustwarze biß, bekam er sofort von der erzürnten Mutter einen kleinen Klaps auf den Kopf und ihm wurde die Brust entzogen. Die linken Schneidezähne des Jungen „faulten" weg, waren schwarz („Milchgebiß"). Die späteren, bleibenden Zähne waren einwandfrei. Schmerz bei heiß/kalt und sehr süß + sauer. Der **Biologische Sinn** liegt in der ca-Phase: Der Zahnschmelz „fault weg" (= Karies) und der Zahn wird stumpf und schmerzhalft. Dadurch kann man auch nicht mehr beißen, was man ja auch nicht darf. *weiter S. 99*	**Pcl-Phase:** Nach Lösung des Konflikts beginnt die Wiederauffüllung der Schmelzdefekte (= Ulcera = Karies). Am Ende der pcl-Phase, sofern keine Rezidive auftreten, verschwindet die Zahnfäule und der Schneidezahn ist wie vorher. Dies ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Beißfunktion weiter ausüben muß. Außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer ohne Rezidive:** ½ bis 1 Jahr; **Dauer mit Rezidiven:** Jahre. Aber es tut – mit Ausnahme der epileptoiden Krise in der pcl-Phase – nicht mehr weh (Schlund-Schleimhaut-Schema). **Beispiel:** Nach dem Abstillen war der Konflikt beendet. Die bleibenden Zähne waren „normal". Wäre der Konflikt mit bleibenden Zähnen gewesen, hätten sich die Schmelz-Ulcera bis zu einem gewissen Grade regenerieren können. Bei den Tieren ist der Vorgang allen Biologen bekannt (Schmelz-Regeneration).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LINKER Cortex für Zahnschmelz der RECHTEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Beispiel: Ein Zweitwolf spielt pflichtgemäß mit den Welpen.

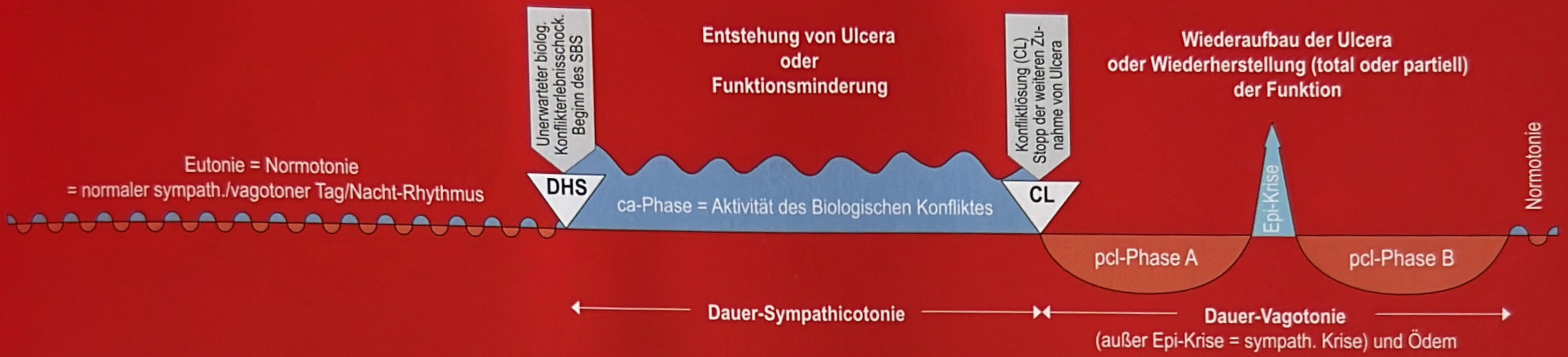
Ein Welpe zaust ihm im Übermut das Ohr mehr, als eigentlich erlaubt. Der erboste „Onkel-Zweitwolf" faßt darauf mal den Welpen mit seinen scharfen Fangzähnen. Der Welpe schreit furchtbar. Und sofort stürzen sich der erzürnte Chefwolf und die wütende Mutter gemeinsam auf den „Onkel-Zweitwolf". Der muß das „Ungewitter" erdulden, denn Welpen darf man nicht beißen!

Der Zweitwolf lokalisiert diesen Konflikt auf den beiden rechten Fangzähnen, wenn er Rechtspföter ist, mit denen er ja den Welpen (= Partner) nicht packen durfte. In der nächsten Zeit, wenn der übermütige Welpe dem Zweitwolf wieder zu nahe kommt, knurrt er leise: Das ist gerade noch erlaubt. Aber die Mutter des Welpen hat scharfe Ohren: Wehe „Onkel-Zweitwolf" knurrt etwas deutlicher, dann stürzt sich augenblicklich das „halbe Ungewitter", nämlich die Mutter des Welpen auf ihn und straft ihn ab. Und wehe, er wehrt sich noch gegen die Abstrafung, dann stürzt sich auch noch der Chefwolf, der alles genau mitangehört und beobachtet hat, auf ihn.

Folge: Der Schmelz seiner rechten Fangzähne (oben und unten) beginnen „wegzufaulen" (genau: zu ulcerieren, wie Plattenepithelschleimhaut). Ein einziger falscher Biß kann schlimme Folgen haben bei Wölfen. Alle Beteiligten haben sich die Sache sehr gut gemerkt. Und aus dem Welpen wird ein großer kräftiger Zweitwolfrivale oder gar der neue Chef.

Anders: Hätte der „Onkel-Zweitwolf" beim Übermutbiß des Welpen „nur" aufgejault, dann wäre die Mutter auch gerannt gekommen, hätte den Welpen knurrenderweise abgestraft und dem Zweitwolf zur Tröstung ausgiebig sein lädiertes Ohr geleckt.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



RECHTER Cortex für Zahnschmelz der LINKEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Beispiel: Ein Zweitwolf spielt pflichtgemäß mit den Welpen.

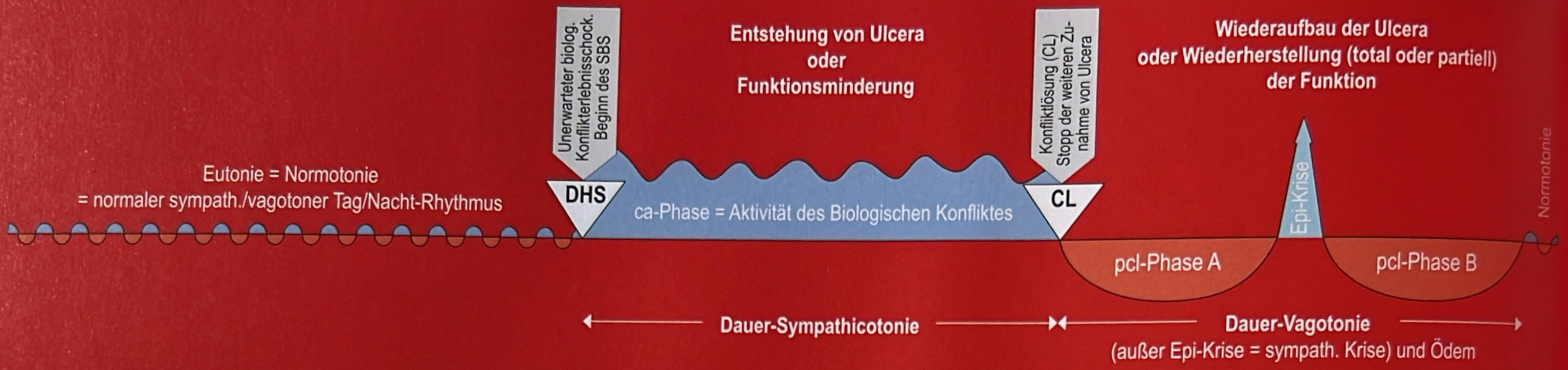
Ein Welpe zaust ihm im Übermut das Ohr mehr, als eigentlich erlaubt. Der erboste „Onkel-Zweitwolf" faßt darauf mal den Welpen mit seinen scharfen Fangzähnen. Der Welpe schreit furchtbar. Und sofort stürzen sich der erzürnte Chefwolf und die wütende Mutter gemeinsam auf den „Onkel-Zweitwolf". Der muß das „Ungewitter" erdulden, denn Welpen darf man nicht beißen!

Der Zweitwolf lokalisiert diesen Konflikt auf den beiden linken Fangzähnen, wenn er Linkspföter ist, mit denen er ja den Welpen (= Partner) nicht packen durfte. In der nächsten Zeit, wenn der übermütige Welpe dem Zweitwolf wieder zu nahe kommt, knurrt er leise: Das ist gerade noch erlaubt. Aber die Mutter des Welpen hat scharfe Ohren: Wehe „Onkel-Zweitwolf" knurrt etwas deutlicher, dann stürzt sich augenblicklich das „halbe Ungewitter", nämlich die Mutter des Welpen auf ihn und straft ihn ab. Und wehe, er wehrt sich noch gegen die Abstrafung, dann stürzt sich auch noch der Chefwolf, der alles genau mitangehört und beobachtet hat, auf ihn.

Folge: Der Schmelz seiner linken Fangzähne (oben und unten) beginnen „wegzufaulen" (genau: zu ulcerieren, wie Plattenepithelschleimhaut). Ein einziger falscher Biß kann schlimme Folgen haben bei Wölfen. Alle Beteiligten haben sich die Sache sehr gut gemerkt. Und aus dem Welpen wird ein großer kräftiger Zweitwolfrivale oder gar der neue Chef.

Anders: Hätte der „Onkel-Zweitwolf" beim Übermutbiß des Welpen „nur" aufgejault, dann wäre die Mutter auch gerannt gekommen, hätte den Welpen knurrenderweise abgestraft und dem Zweitwolf zur Tröstung ausgiebig sein lädiertes Ohr geleckt.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

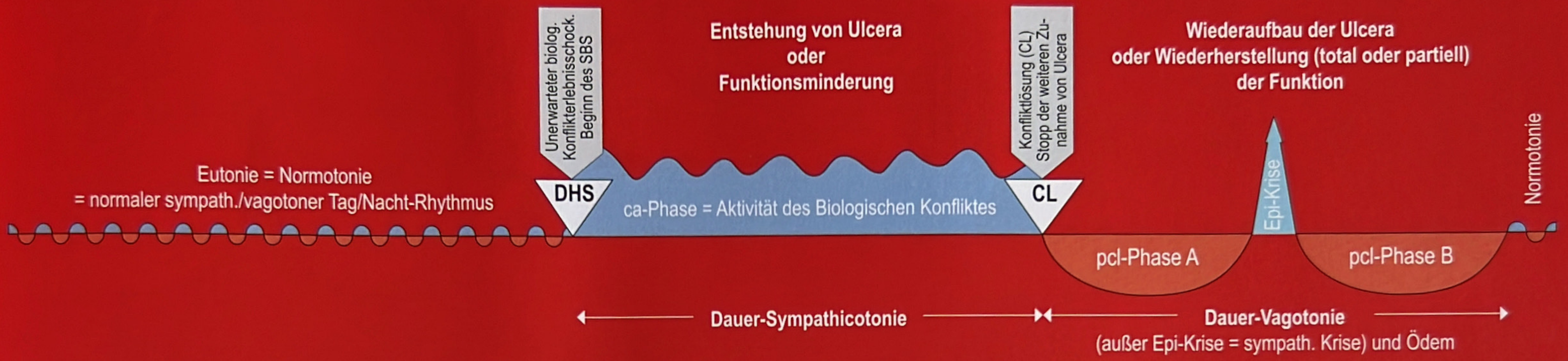


LINKER Cortex für Zahnschmelz der RECHTEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Der **Schmelz**, der aus spezialverhärtetem Plattenepithel besteht, hat ein ganz anderes Hirnrelais als die umgebende Plattenepithelhaut des Mundes.
Im Konfliktfall (DHS): die Sensibilität des Schmelzes verläuft nach dem **Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)**:
ca-Phase: Hyperästhesie, Schmerzen (schmerzhafte Ulceration);
pcl-Phase (vor und nach der epileptoiden Krise): herabgesetzte Sensibilität bis zu Taubheit, d.h. die Wiederauffüllung der „Schmelzdefekte" tut nicht weh;
epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen

Zahnschmelz der rechten Eckzähne (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Den Partner oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT FASSEN, nicht im Gebiß FESTHALTEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint). **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT FASSEN, nicht im Gebiß FESTHALTEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint).	In der **ca-Phase** „fault" der Schmelz weg, was wir „Karies" nannten (Ulceration). Dadurch wird der Eckzahn stumpf und schmerzhaft (SS-Schema). Von jetzt an kann man nicht mehr zupacken, was man ja auch nicht DARF und das ist der **Biologische Sinn** dieser ca-Phase. Schmerz bei heiß/kalt und sehr süß/sauer.	In der **pcl-Phase** werden die Ulcera, d.h. die „faule Stelle" des Eckzahns wieder aufgebaut. Der Eckzahn wird wieder scharf und spitz wie vorher. Das ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Fangfunktion weiter ausüben muß. Außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer:** ohne Rezidive ½ bis 1 Jahr; mit Rezidiven kann es Jahre dauern. Aber es tut – mit Ausnahme der kurzen epileptoiden Krise – nicht weh (SS-Schema).
Zahnschmelz der rechten 1. Prämolaren = 1. kleine Backenzähne (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Den Partner oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT ZERKAUEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint). **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT ZERKAUEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint).	In der **ca-Phase** „fault" der Schmelz weg, was wir „Karies" nannten (Ulceration). Dadurch wird der 1. Prämolar stumpf und schmerzhaft (SS-Schema). Schmerz bei heiß/kalt und sehr süß/sauer. **Biologischer Sinn** in der ca-Phase: der Backenzahnschmelz beginnt zu faulen (Karies) und tut weh. Dadurch kann nichts mehr zerkaut werden, was man ja auch nicht DARF.	In der **pcl-Phase:** Wiederauffüllung der Schmelz-Ulcera (= sog. Karies). Sofern keine Rezidive auftreten, verschwindet die Zahnfäule und der 1. Prämolar wird wie vorher. Das ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Kaufunktion weiter ausüben muß. Außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer:** ohne Rezidive ½ bis 1 Jahr; mit Rezidiven Jahre. Aber es tut – mit Ausnahme der epileptoiden Krise – in der pcl-Phase nicht mehr weh (SS-Schema).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

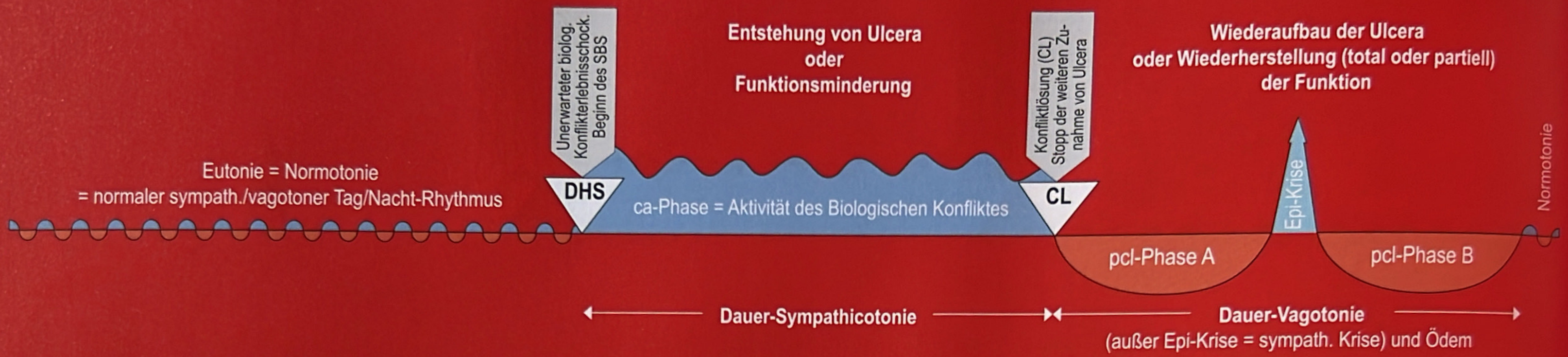


RECHTER Cortex für Zahnschmelz der LINKEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Der **Schmelz**, der aus spezialverhärtetem Plattenepithel besteht, hat ein ganz anderes Hirnrelais als die umgebende Plattenepithelhaut des Mundes.
Im Konfliktfall (DHS): die Sensibilität des Schmelzes verläuft nach dem **Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)**:
ca-Phase: Hyperästhesie, Schmerzen (schmerzhafte Ulceration);
pcl-Phase (vor und nach der epileptoiden Krise): herabgesetzte Sensibilität bis zu Taubheit, d.h. die Wiederauffüllung der „Schmelzdefekte" tut nicht weh;
epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen

Zahnschmelz der linken Eckzähne (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT FASSEN, nicht im Gebiß FESTHALTEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint). **LH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT FASSEN, nicht im Gebiß FESTHALTEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint).	In der **ca-Phase** „fault" der Schmelz weg, was wir „Karies" nannten (Ulceration). Dadurch wird der Eckzahn stumpf und schmerzhaft (SS-Schema). Von jetzt an kann man nicht mehr zupacken, was man ja auch nicht DARF und das ist der **Biologische Sinn** dieser ca-Phase. Schmerz bei heiß/kalt und sehr süß/sauer.	In der **pcl-Phase** werden die Ulcera, d.h. die „faule Stelle" des Eckzahns wieder aufgebaut. Der Eckzahn wird wieder scharf und spitz wie vorher. Das ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Fangfunktion weiter ausüben muß. Außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer:** ohne Rezidive ½ bis 1 Jahr; mit Rezidiven kann es Jahre dauern. Aber es tut – mit Ausnahme der kurzen epileptoiden Krise – nicht weh (SS-Schema).
Zahnschmelz der linken 1. Prämolaren = 1. kleine Backenzähne (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT ZERKAUEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint). **LH:** Den Partner, oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT ZERKAUEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint).	In der **ca-Phase** „fault" der Schmelz weg, was wir „Karies" nannten (Ulceration). Dadurch wird der 1. Prämolar stumpf und schmerzhaft (SS-Schema). Schmerz bei heiß/kalt und sehr süß/sauer. **Biologischer Sinn** in der ca-Phase: Der Zahnschmelz „fault weg" (Karies) und der Zahn wird stumpf und schmerzhaft. Dadurch kann nichts mehr zerkaut werden, was man ja auch nicht DARF.	In der **pcl-Phase:** Wiederauffüllung der Schmelz-Ulcera (= sog. Karies). Sofern keine Rezidive auftreten, verschwindet die Zahnfäule und der 1. Prämolar wird wie vorher. Das ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Kaufunktion weiter ausüben muß. Außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer:** ohne Rezidive ½ bis 1 Jahr; mit Rezidiven Jahre. Aber es tut – mit Ausnahme der epileptoiden Krise – in der pcl-Phase nicht mehr weh (SS-Schema).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

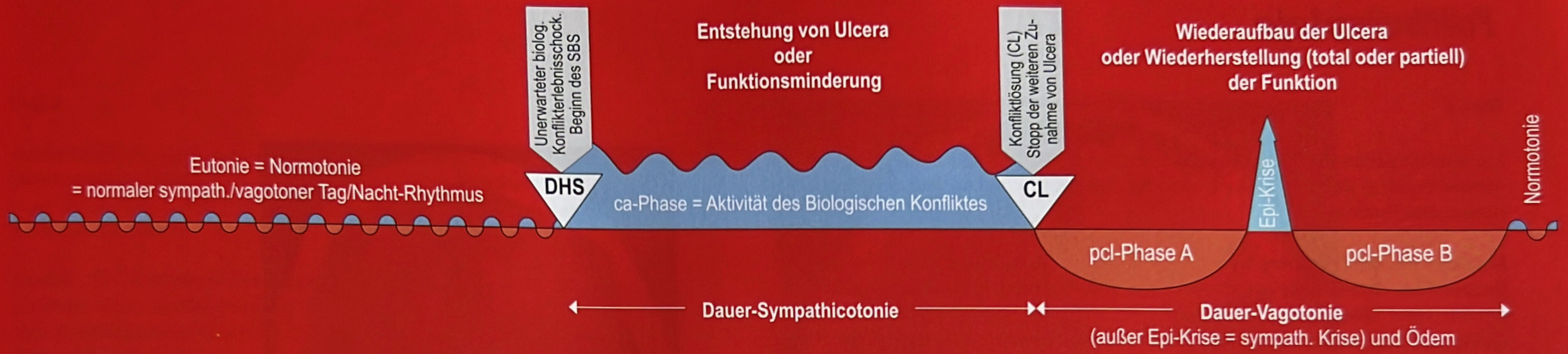


LINKER Cortex für Zahnschmelz der RECHTEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Der **Schmelz**, der aus spezialverhärtetem Plattenepithel besteht, hat ein ganz anderes Hirnrelais als die umgebende Plattenepithelhaut des Mundes.
Im Konfliktfall (DHS): die Sensibilität verläuft nach dem **Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)**:
ca-Phase: Hyperästhesie, Schmerzen (die Schmelz-Ulcera tun weh in ca-Phase);
pcl-Phase (vor und nach der epileptoiden Krise)**:** Taubheit, die Wiederauffüllung der Schmelzdefekte tun nicht weh;
epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen

Zahnschmelz der rechten 2. Prämolaren = 2. kleinen Backenzähne (Ober- und Unterkiefer) und **Zahnschmelz der rechten Molaren = großen MAHLZÄHNE** (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Den Partner oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint). **LH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint).	In der **ca-Phase:** Der Schmelz „ulceriert" (= „Karies") genau wie immer bei Plattenepithel. Es „fault" scheinbar weg. Dadurch wird die Zahnschneide stumpf und schmerzhalft, und man kann nicht mehr beißen was man ja auch nicht DARF. Schmerzen bei heiß/kalt und sehr süß/sauer. **Biologischer Sinn:** in der ca-Phase. Der Zahnschmelz „fault weg" (Karies) und der Zahn wird stumpf und schmerzhaft. Dadurch kann nicht mehr zermahlen werden, was man ja auch nicht DARF.	In der **pcl-Phase**: Nach Lösung des Konflikts beginnt die Wiederauffüllung der Schmelzdefekte (= Ulcera = Karies). Am Ende der pcl-Phase, sofern keine Rezidive auftreten, verschwindet die Zahnfäule und der Backenzahn ist wie vorher. Das ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Mahlfunktion weiter ausüben muß. Außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer:** ohne Rezidive ½ bis 1 Jahr; mit Rezidiven Jahre. Aber es tut – mit Ausnahme der epileptoiden Krise – in der pcl-Phase nicht mehr weh (Schlund-Schleimhaut-Schema).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



RECHTER Cortex für Zahnschmelz der LINKEN Zähne (Ober- und Unterkiefer)

Der **Schmelz**, der aus spezialverhärtetem Plattenepithel besteht, hat ein ganz anderes Hirnrelais als die umgebende Plattenepithelhaut des Mundes.
Im Konfliktfall (DHS): die Sensibilität des Schmelzes verläuft nach dem **Schlund-Schleimhaut-Schema (SS-Schema)**.
ca-Phase: Hyperästhesie, Schmerzen (schmerzhafte Ulceration);
pcl-Phase (vor und nach der epileptoiden Krise): herabgesetzte Sensibilität bis zu Taubheit, d.h. die Wiederauffüllung der „Schmelzdefekte" tut nicht weh;
epileptoide Krise: Hyperästhesie, Schmerzen

Zahnschmelz der linken 2. Prämolaren = 2. kleinen Backenzähne (Ober- und Unterkiefer) und **Zahnschmelz der linken Molaren = großen MAHLZÄHNE** (Ober- und Unterkiefer)	**RH:** Die Mutter oder das Kind, oder eine Sache, die mit der Mutter oder dem Kind zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint). **LH:** Den Partner oder eine Sache, die mit dem Partner zu tun hat, NICHT ZERMAHLEN zu DÜRFEN (übertragen gemeint).	In der **ca-Phase** „fault" der Schmelz weg, was wir „Karies" nannten. Eigentlich müßte man Ulcerierung sagen, denn der Schmelz ist ja „eingedicktes, verhärtetes Plattenepithel". Jetzt kann man nicht mehr zermahlen, was man ja auch nicht DARF, denn die Schmelz-Ulcera tun weh (SS-Schema) und sind stumpf. Schmerz bei heiß/kalt und sehr süß/sauer. **Biologischer Sinn** in der ca-Phase: Der Zahnschmelz „fault weg" (Karies) und der Zahn wird stumpf und schmerzhaft. Dadurch kann nicht mehr zermahlen werden was man ja auch nicht DARF.	In der **pcl-Phase:** Wiederauffüllung der Schmelz-Ulcera (sog. Schmelzdefekte oder Karies). Die Zahnfäule verschwindet, sofern keine Rezidive auftreten. Am Ende der pcl-Phase ist der Zahn wie vorher. Dies ist allerdings ein langdauernder Prozess, weil der Zahn ja seine Mahlfunktion weiter ausüben muß, außerdem sind Rezidive des Konflikts häufig. **Dauer:** ohne Rezidive ½ bis 1 Jahr; mit Rezidiven Jahre. Aber es tut – mit Ausnahme der epileptoiden Krise – in der pcl-Phase nicht mehr weh (Schlund-Schleimhaut-Schema).

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Fallbeispiele

FALL 1

Ein dramatisches Bild: eine heute 48-jährige LH-Patientin, der man diesen HH für die rechten Zähne (Photo 1) und für das telepathische Fenster (Photo 2) herausoperieren wollte.

Konflikt: Als die Patientin klein war, erkrankte die Mutter an einer schweren Depression. Das konnte das Kind nicht verstehen. Die Mutter kümmerte sich um ihr Kind überhaupt nicht mehr, ließ es völlig verwahrlosen. Das Kind wollte die Mutter hypnotisieren, wollte sie beißen und aufwecken aus ihrer Depressions-Trance. Die Patientin wohnte bis 32 bei den Eltern. Erst als sie zu Hause auszog, kam es zur Lösung des Biologischen Konfliktes.

Die rechten Milchzähne faulten alle weg, wurden schon mit Amalgam aufgefüllt („Ich war dauernd beim Zahnarzt"). Auch die bleibenden rechten Zähne zeigten schon früh Karies und wurden plombiert. Noch heute ist das Verhältnis zur immer noch depressiven 70-jährigen Mutter schlecht. Wenn sie kommt, möchte die Tochter sie gleich wieder beißen...

Das Bild 2 zeigt einen HH, der wesentlich über dem Zahnzentrum liegt und schon zum telepathischen Fenster gehört. Kinder können sehr intensiv hypnotisch denken, quasi hypnotisieren. Alles, was ein junges Kind macht, macht es intensiv.

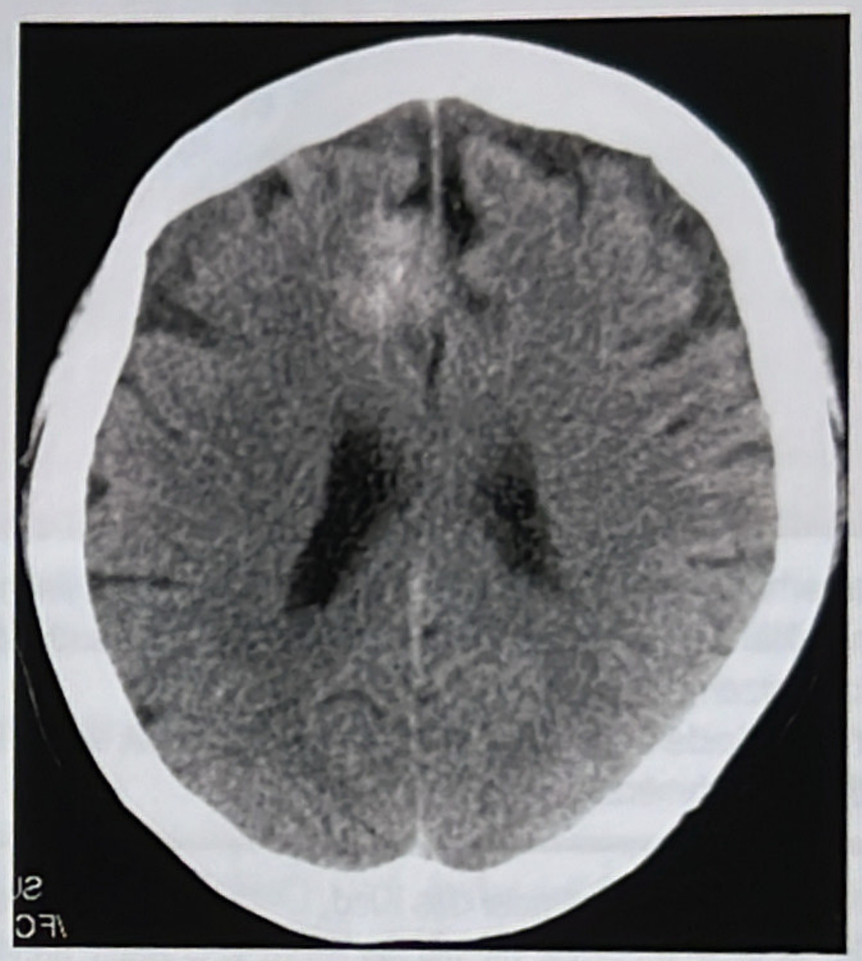


Photo 1

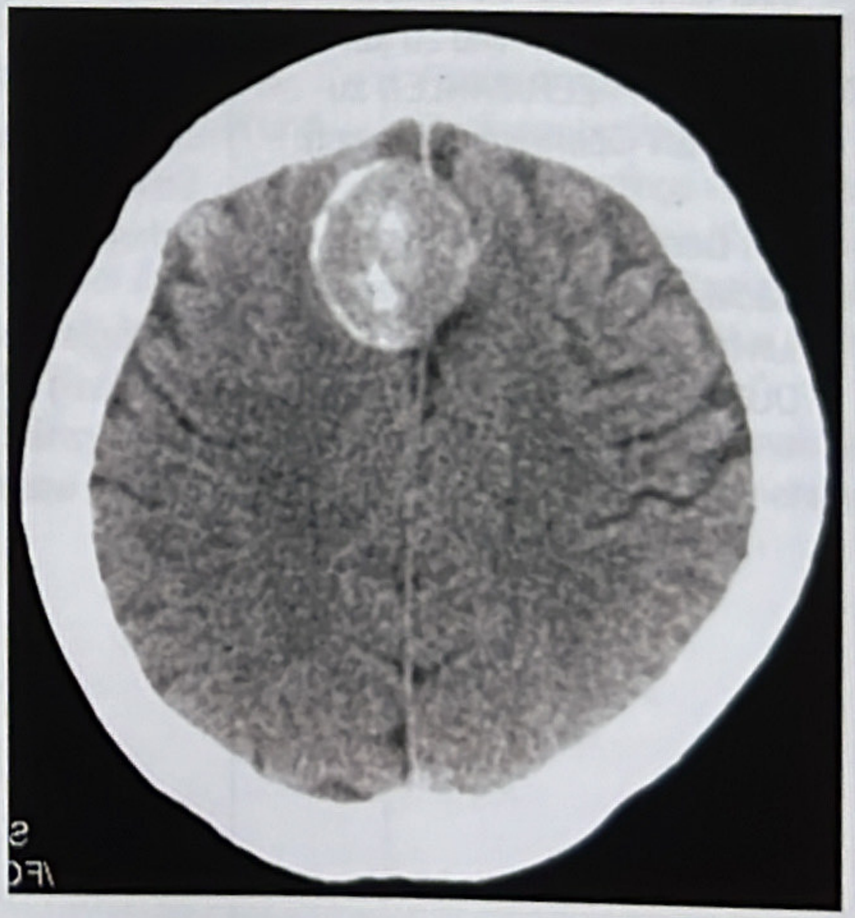


Photo 2

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

FALL 2

Auf dem Hirn-CT sieht man den typischen HH rechts cortical, betreffend beide linken zweiten Backenzähne oben und unten (interhemisphärisch), immer noch in ca-Phase. Die Patientin blieb ihr Leben langauf der Schiene, nicht zubeißen zu dürfen.

Konflikt: Als 6-jähriges linkshändiges (LH) Mädchen wurde sie von dem im gleichen Haus wohnenden Saufkumpan des Vaters mit dessen Wissen auf dem Dachboden auf brutalste Weise vergewaltigt und penetriert.
Das zieht sich durch ihr ganzes Leben: Sie durfte mit den „Partnerzähnen" nicht zubeißen.

Betrachten wir den 2. Backenzahn des linken Unterkiefers der 60-jährigen LH Patientin, dann ist sehr interessant, daß von den Zähnen des linken Unterkiefers (Photo 1) und auch des Oberkiefers (Photo 2) – die Bilder sind im Abstand von 2 Jahren gemacht worden – überall der Schmelz weggefault ist.
Der 2. Backenzahn links unten hat auf dem 1. Bild noch Schmelz-Karies, auf dem 2. Bild ist auch eine Amalgam-Schmelzfüllung zu sehen.
Beim linken 1. Backenzahn links oben sehen wir auch noch Schmelz-Karies.
Die Zähne daneben sind alle schmelzüberkront.

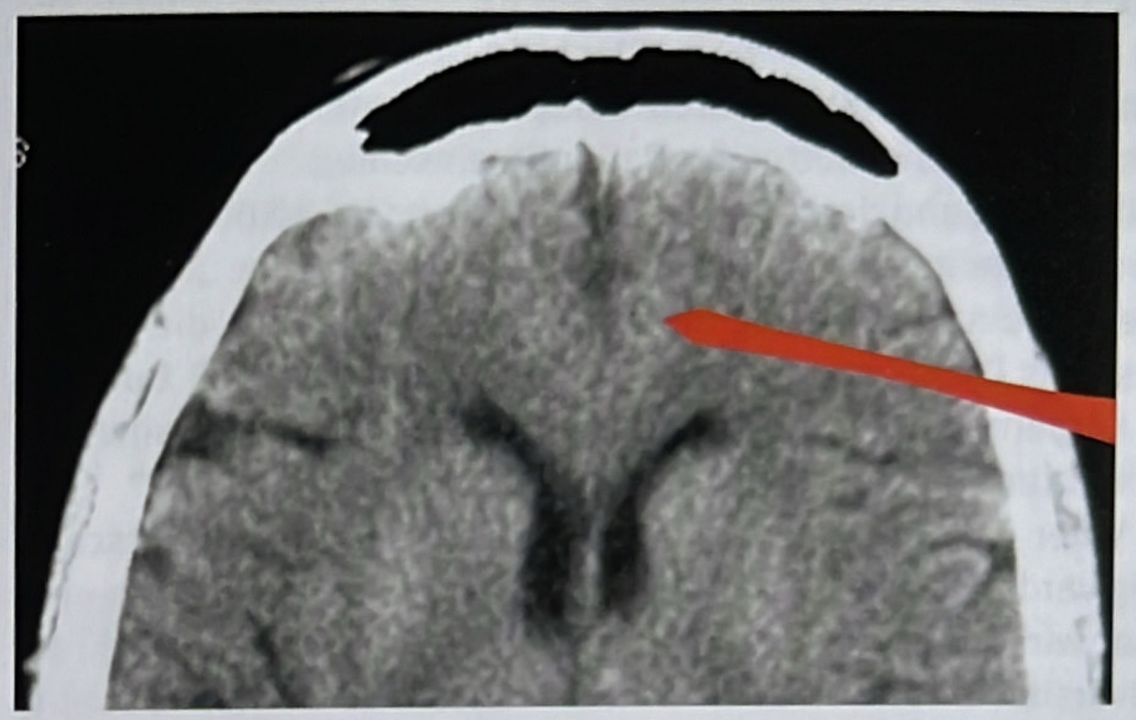


Photo 1

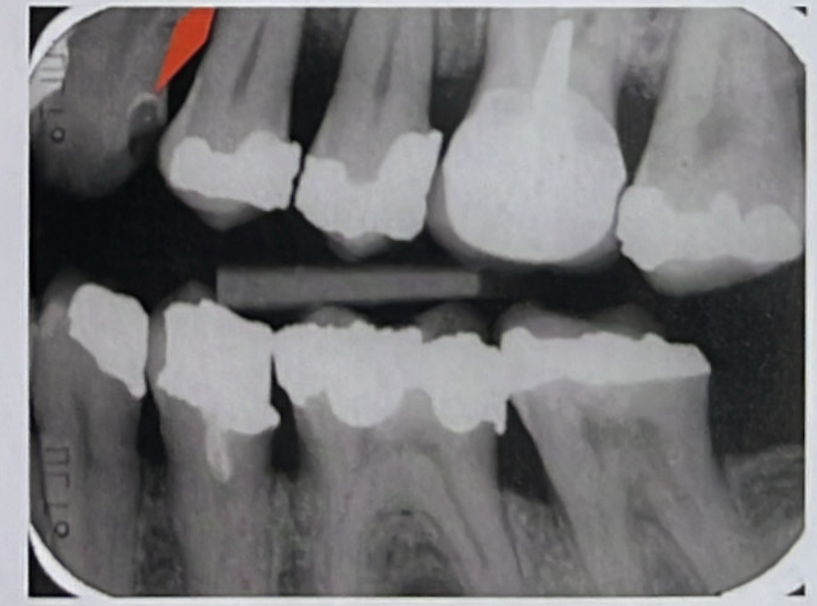


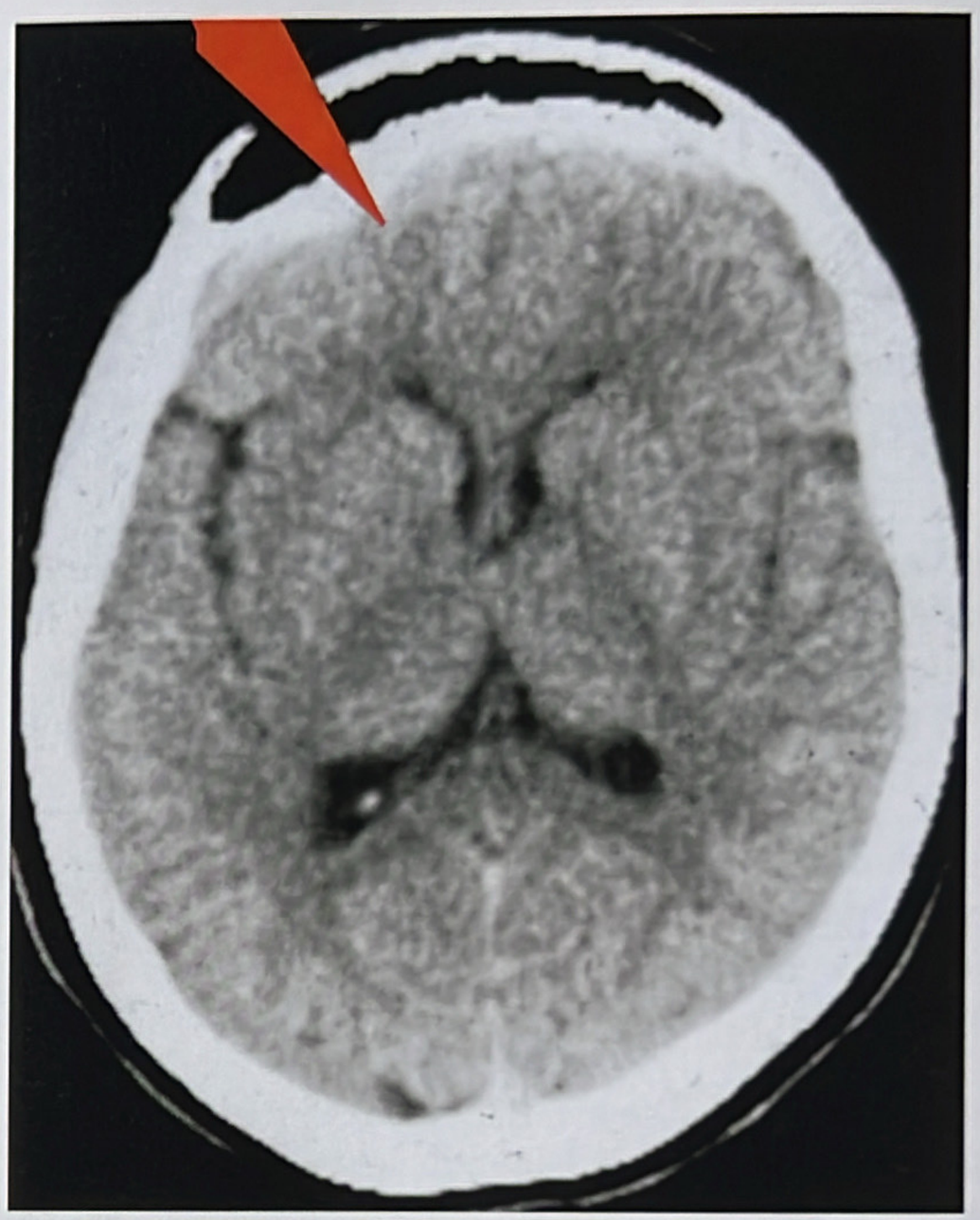
Photo 2

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

FALL 3

Diese Bilder von vor 20 Jahren stammen von einer damals 18-jährigen, rechtshändigen Studentin.

Konflikt: Sie hatte jahrelang mit ansehen müssen, wie der Vater, wenn er alkoholisiert heimkam, auf die Mutter der Patientin einschlug.
Als sie mit 18 Abitur hatte und der Vater wieder heimkam und alkoholisiert die Mutter prügeln wollte, stellte sie sich vor ihn und sagte ganz ruhig: „Von heute ab machst Du keinen einzigen Schlag mehr. Denn sonst rufe ich die Polizei und erzähle alles, was Du gemacht hast. Und Du weißt selbst, daß Du dann wegen schwerer Körpermißhandlung für 5 Jahre hinter Gittern sitzen wirst."
Dann ging sie ruhig zum Telefon, nahm den Hörer ab und sagte: „Und?"
Der betrunkene Vater wurde augenblicklich wieder nüchtern und entschuldigte sich – völlig verdattert wegen der Entschlossenheit seiner Tochter – bei der Mutter. Er hat wirklich nie mehr geprügelt. Er kannte seine Tochter, die dann auf der Universität Wirtschaft und Recht studierte, und wußte, daß seine Tochter ihre Drohung wahr machen würde. Die Osteolyse des oberen rechten 1. Mahlzahn-Dentins (1. Molaren) entspricht dem HH links fronto-cerebral, damals noch in ca-Phase.



® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

FALL 4

Ein 3-jähriger Junge durfte noch an der Brust der Mutter trinken. Aber er biß so gerne herzhaft auf die Brustwarze der Mutter, was ihm jedesmal einen Klaps der verärgerten Mutter an den Kopf einbrachte. Außerdem wurde dann zur Strafe das Stillen sofort abgebrochen. Er wußte ganz genau, daß er nicht zu beißen durfte, aber jedesmal kann es wieder über ihn und er biß mal wieder herzhaft zu.

Die Mutter schrie ärgerlich auf: Er durfte nicht zubeißen! Der Zahnschmelz der linken oberen Milchzähne (Mutter-Kind-Seite) war ganz schwarz (Zahnschmelzkaries). Der mittlere rechte Schneidezahn (Partnerseite) ist auch z.T. mitbetroffen. Gelegentlich schimpfte auch der Vater, wenn die Mutter mal wieder aufschrie...
Die bleibenden Zähne des inzwischen 12-jährigen Jungen sind völlig in Ordnung.

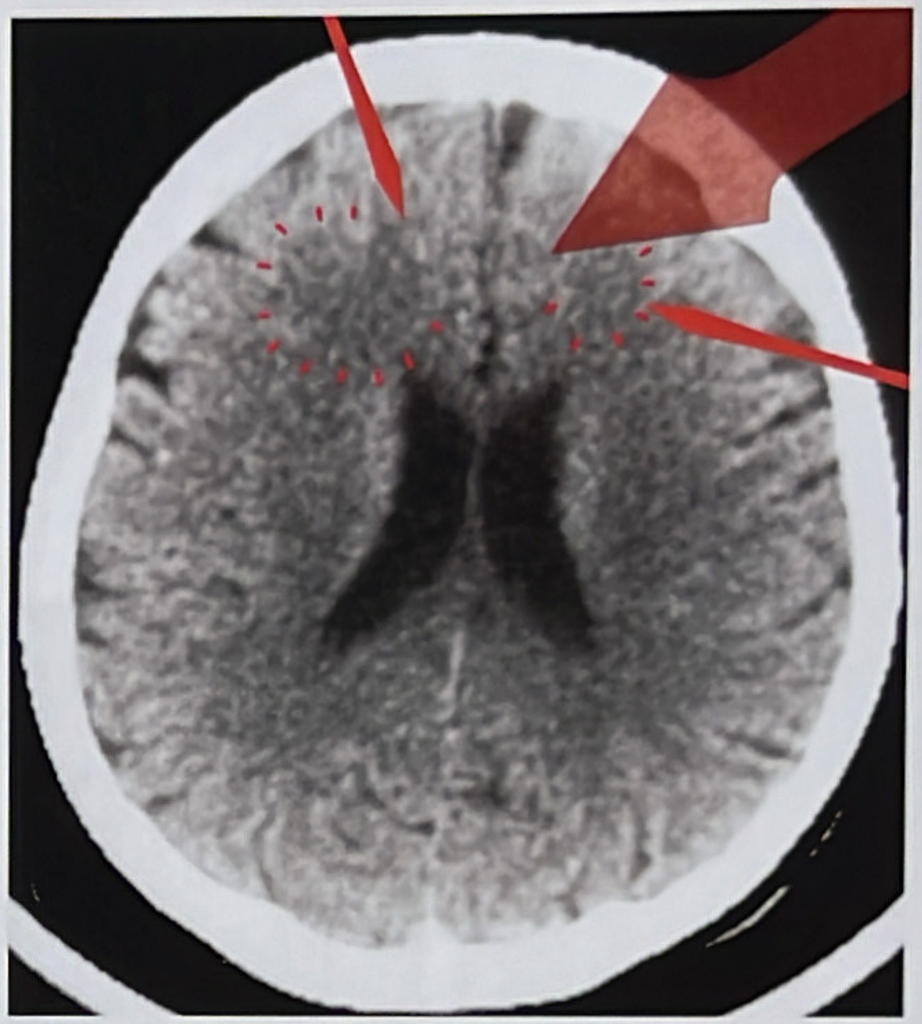
® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

FALL 5

50-jährige, linkshändige Patientin mit starken Schmelzdefekten der linken oberen Backenzähne und Mahlzähne (Molaren).

Konflikt: Seit Jugend an will sie immer ihren Bruder (inzwischen Jurist) beißen, der stets von der Mutter vorgezogen wurde, aber sie darf es nicht. Jetzt ging es aktuell um ihren neuen Freund, den Mutter und Bruder nicht akzeptieren wollten. Aber der konnte ihr helfen, denn er ist auch Jurist. Man sieht die von Karies zerfressenen (= ulcerierten) Schmelz-Kronen und rechts und links Dentin-Fraß. Aber man sieht am 2. oberen linken Backenzahn auch eine frische Osteolyse des Dentins, während die Schmelzvorgänge alt sind.

Das Hirn-CT entspricht genau dem Zahnbefund und der aktuellen Situation. Während sie den Bruder früher immer nicht beißen durfte (siehe hellen Ring, auf den der obere dicke Pfeil weist), hätte sie jetzt den Bruder, der von je her von der Mutter vorgezogen wurde, beißen dürfen, aber sie konnte nicht. Seit sich aber ihr Freund, der Jurist, eingeschaltet hatte, konnte sie den Bruder beißen und biß ihn auch zurück.
Man sieht, daß sowohl der HH im rechten Gehirn (kleiner unterer Pfeil) in beginnender Lösung ist, als auch die Osteolyse des 2. linken oberen Backenzahns zarte Rekalzifikation zeigt.



® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

FALL 6

47-jährige RH-Patientin, die einen Wohnwagen verkauft hatte für 20 000 EUR, was einen erheblichen Teil ihres Vermögens darstellte. Der Käufer spielte ein vorsätzlich falsches Spiel. Er brachte augenblicklich ein Gutachten seines Motorsport-Club-Kameraden, der Autogutachter war. Er zeigte lauter Mängel auf, deren Behebung zusammen 19 000 EUR ausmachte, klagte und gewann. Konflikt: Die Patientin war geschockt, denn sie konnte den Versicherungsbetrüger nicht zermalmen. Gleichzeitig erlitt sie einen Existenzkonflikt, weil sie quasi den gesamten Kaufpreis zurückbezahlen mußte und somit den Wohnwagen verschenkt hatte. Es bildete sich eine große Osteolyse des Oberkiefers und Dentin-Osteolysen (= Löcher) aller rechten oberen Mahlzähne und das Ganze mit sog. Syndrom in der Heilungsphase, nachdem sie ihren Verlust verschmerzt hatte. Die Oberkiefer-Osteolyse schwoll riesig an, die Molaren fielen aus. Sie hatte Probleme mit dem Schlucken. Sie ging in eine Naturheilklinik und bat darum, nur lieb gepflegt zu werden, nichts weiter. Die 1. Amtshandlung bestand darin, der Patientin Morphin zu geben, zur Strafe, weil sie keine Chemo gemacht hatte. 30 Tage später war sie tot.

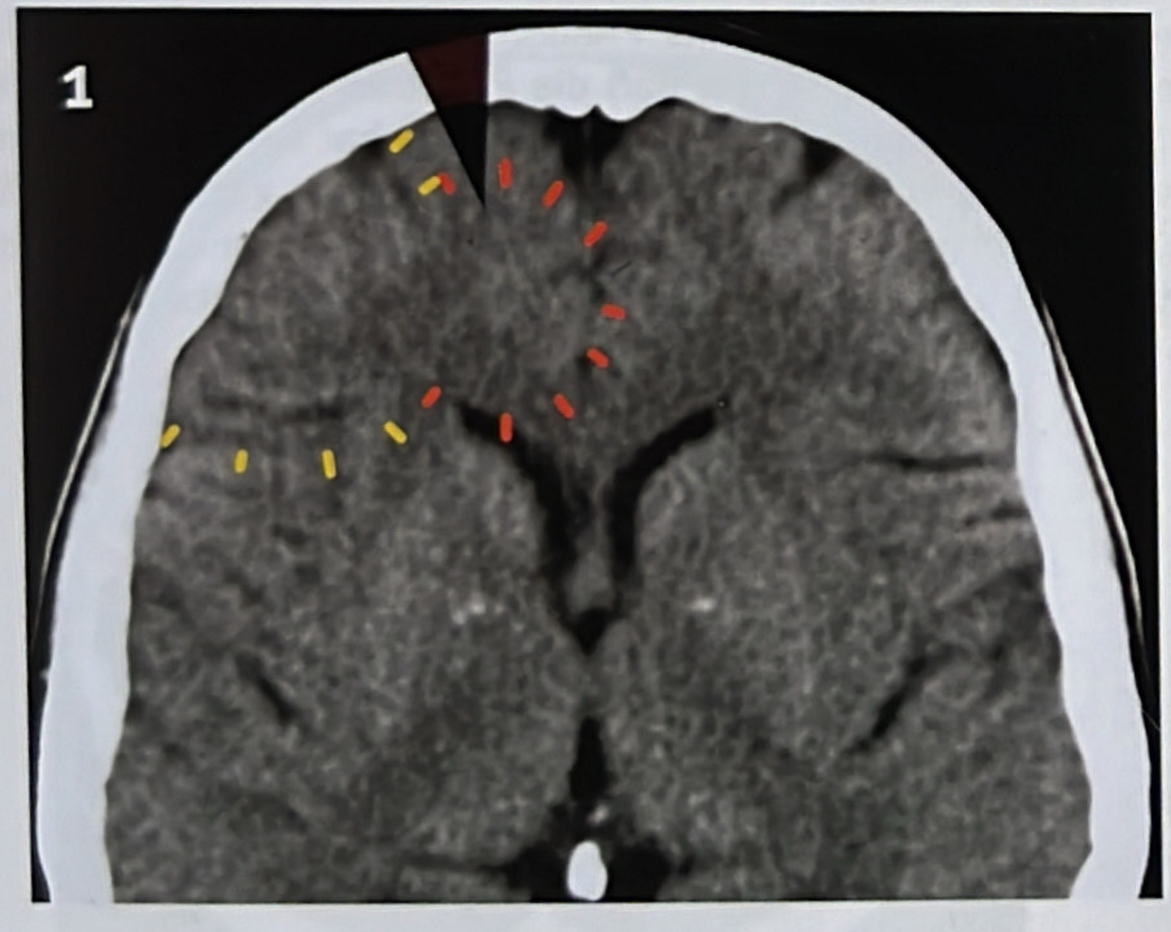


Bild 1: HH links frontal im Marklager für den rechten Oberkiefer und die rechten oberen Mahlzähne.
Links sehen wir einen aktiven HH, Konflikt: „Man müßte doch was tun, aber man kann nichts tun." (Ohnmächtigkeits-Konflikt, offenbar mit demselben Konflikt zusammenhängend.)

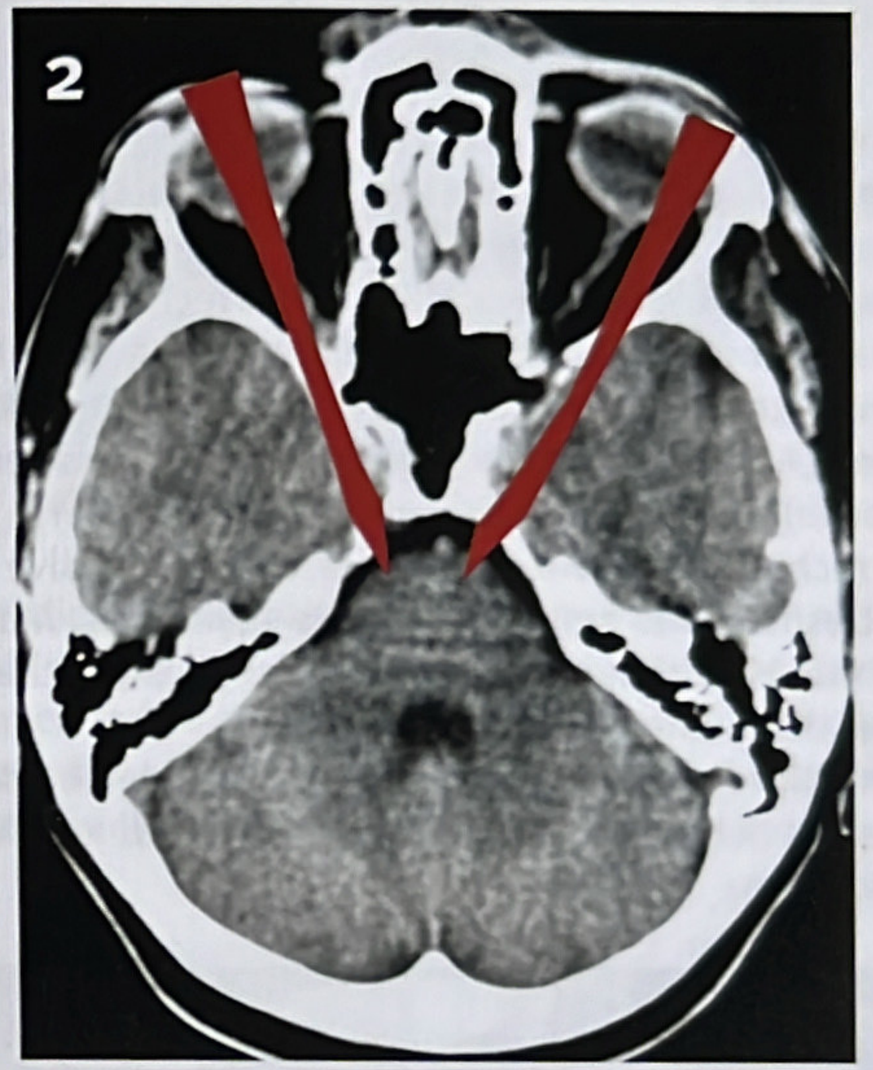


Bild 2: Zentraler HH in ca-Phase für die Sammelrohre beider Nieren (Syndrom), Oligurie 300 ml./m2

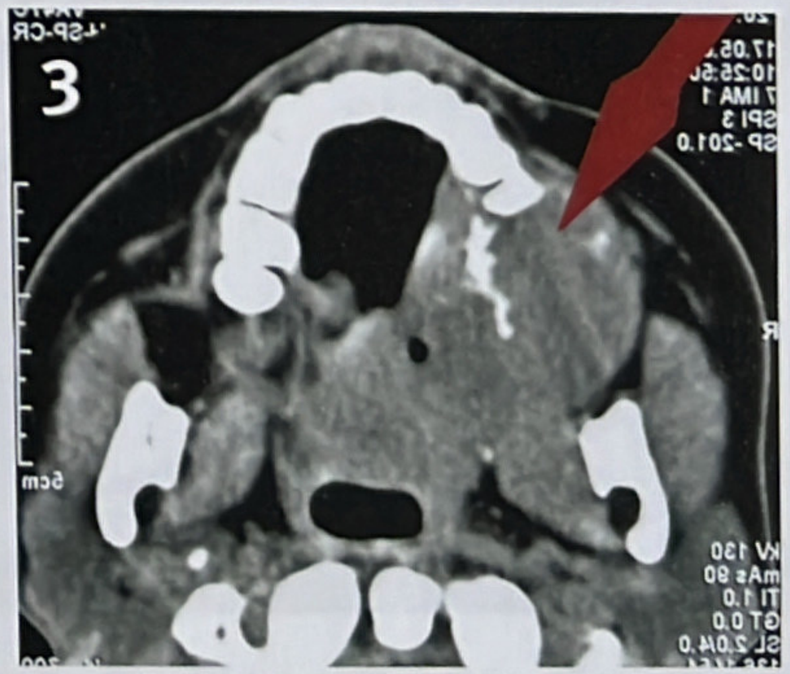


Bild 3: Stark geschwollene Oberkiefer-Osteolyse; Zähne sind ausgefallen; eigentlich hätte man der Patientin nur eine Magensonde legen müssen und hätte ruhig abwarten können. Das Weitere (Rekalzifikation des Oberkiefers und die Abschwellung) hätte Mutter Natur selbst gemacht.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

FALL 7

Diese LH-Patientin hat 2 Beißkonflikte gehabt:
1. Einen für den inzwischen erwachsenen Sohn, das Enfant terrible, den sie beißen wollte und nicht konnte: rechte Mutter/Kind-Zähne. Sie erlitt durch den Sohn schließlich ein adenoides Mamma-Ca rechts, was allerdings eine alte Schiene war, denn mit 24 hat ihr Ehemann sie gegen ihren Willen zur Abtreibung gezwungen. Sie hatte damals einen nicht bemerkten Brustkrebs erlitten und einen „Attacke gegen den Bauch"-Konflikt. Den Peritonealkonflikt (rechte Bauchseite) hatte sie zwar heruntertransformiert, aber nie ganz gelöst. Für die rechte Brust hatte sie immer wieder Rezidive erlitten wegen ihres Sohnes. Deshalb das seltsame CT des Kleinhirns. Man sieht: in der Germanischen muß ein Zahnarzt möglichst über alles Bescheid wissen, darf sich nicht nur auf die Zähne beschränken.
2. Mit den linken Zähnen wollte sie den Ehemann mit den beiden Stiefsöhnen beißen, die sie nicht beißen durfte und konnte (linke Zähne). Davon haben wir keine Zahnaufnahmen.

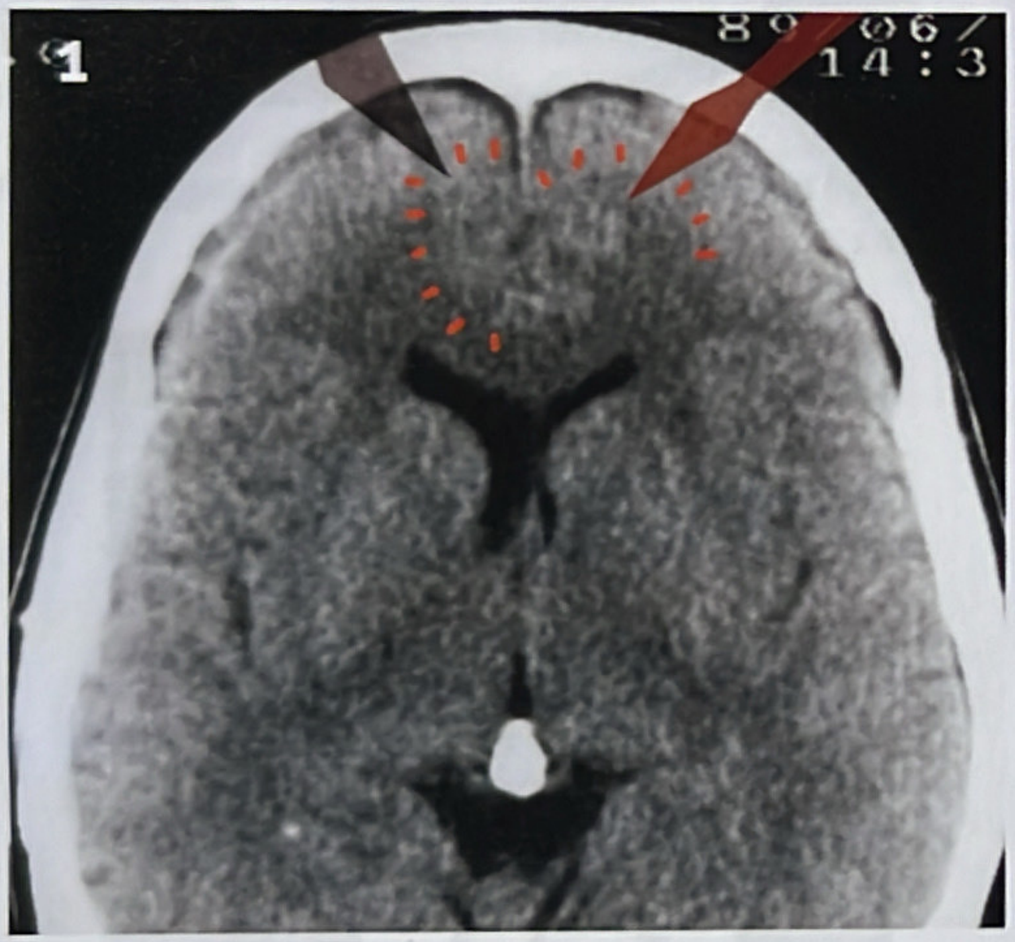


Bild 1: Auf der linken Hirnseite der LH-Patientin sehen wir einen großen HH für die rechten Mutter-Sohn-Zähne = Konflikt des „Nicht zubeißen Dürfens" (Schmelz) und, weniger, „Nicht zubeißen Könnens" (Dentin). Der rechte Pfeil bezeichnet den HH für die linken Partner-Zähne, von denen wir leider keine Aufnahmen haben, ebenfalls Konflikt „Nicht zubeißen Dürfen" und „Nicht zubeißen Können".

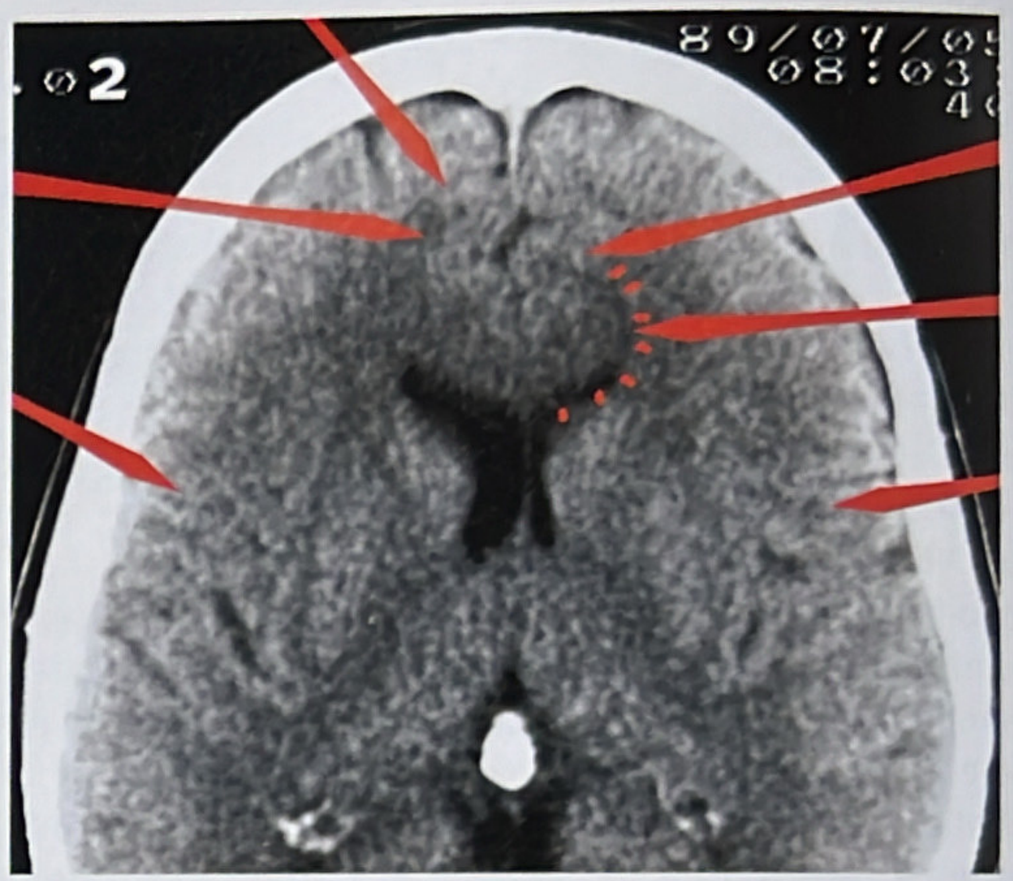


Bild 2: Auf der Aufnahme einen Monat später sehen wir den HH bezüglich der Mutter-Sohn-Zähne rechts (linke Pfeile), sowie für die Partner-Zähne links (rechter Pfeil). Aber wir sehen, daß die Patientin nicht nur in Konstellation ist (untere Pfeile rechts und links), sondern sie hat auch einen Diabetes (HH im ß-Inselzell-Relais rechts). Sie sträubt sich immer gegen ihren Mann, der „seine beiden Söhne" aus erster Ehe stets bevorzugte und „ihren Sohn", den sie gemeinsam haben, benachteiligte (mittlerer Pfeil rechts).

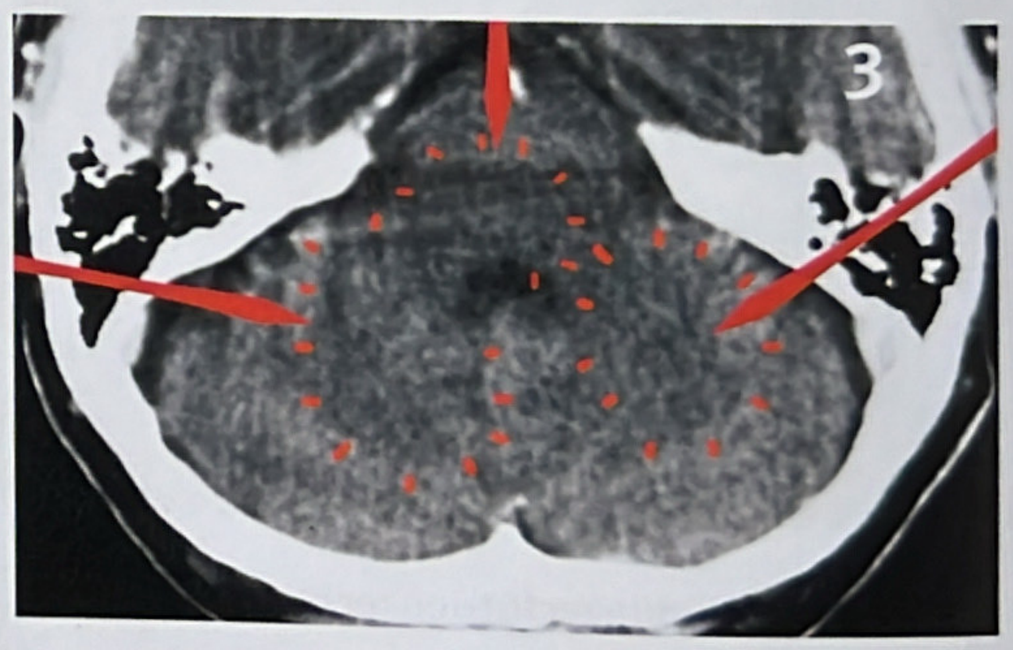
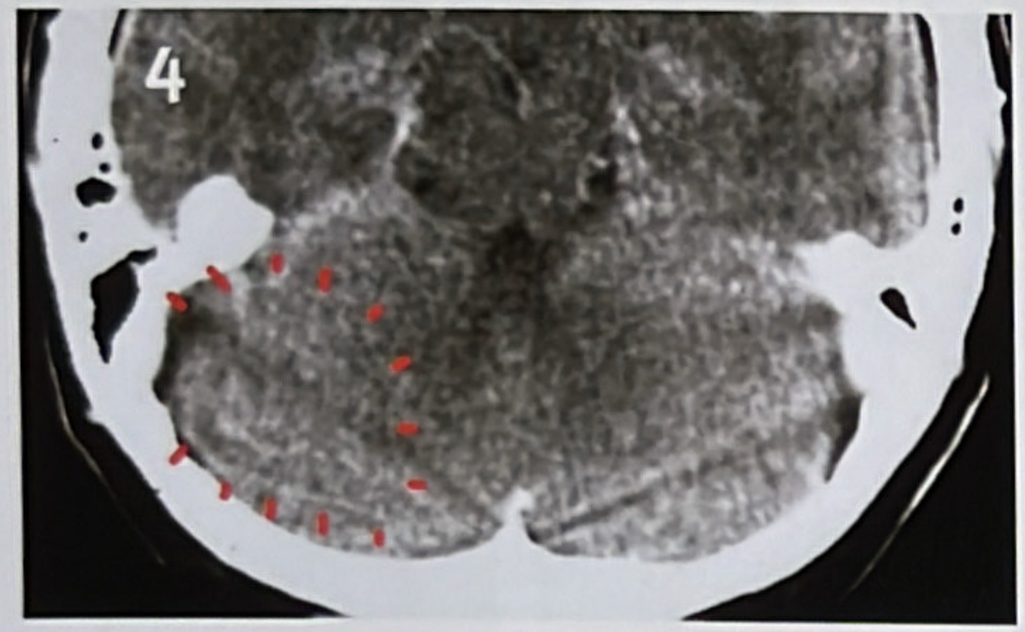


Bild 3: Wir sehen 3 aktive HH: mittlerer Pfeil für die Uterus-Schleimhaut, Pfeil rechts und links für jeweils gekreuzt zum Peritoneum der gegenüberliegenden Seite.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



Alle diese HH samt dem HH auf Bild 4 für die rechte Brust stammen von einer Abtreibung, zu der sie ihr Ehemann im Alter von 24 Jahren gezwungen hat, weil er schon 2 Söhne mit in die Ehe gebracht hatte. Bei der nächsten Schwangerschaft, ein Jahr später, blieb sie standhaft. Aber wenn nun irgendetwas mit dem Sohn ist, ist sie sofort wieder auf den „Abortschienen", einschließlich Mamma-Ca.

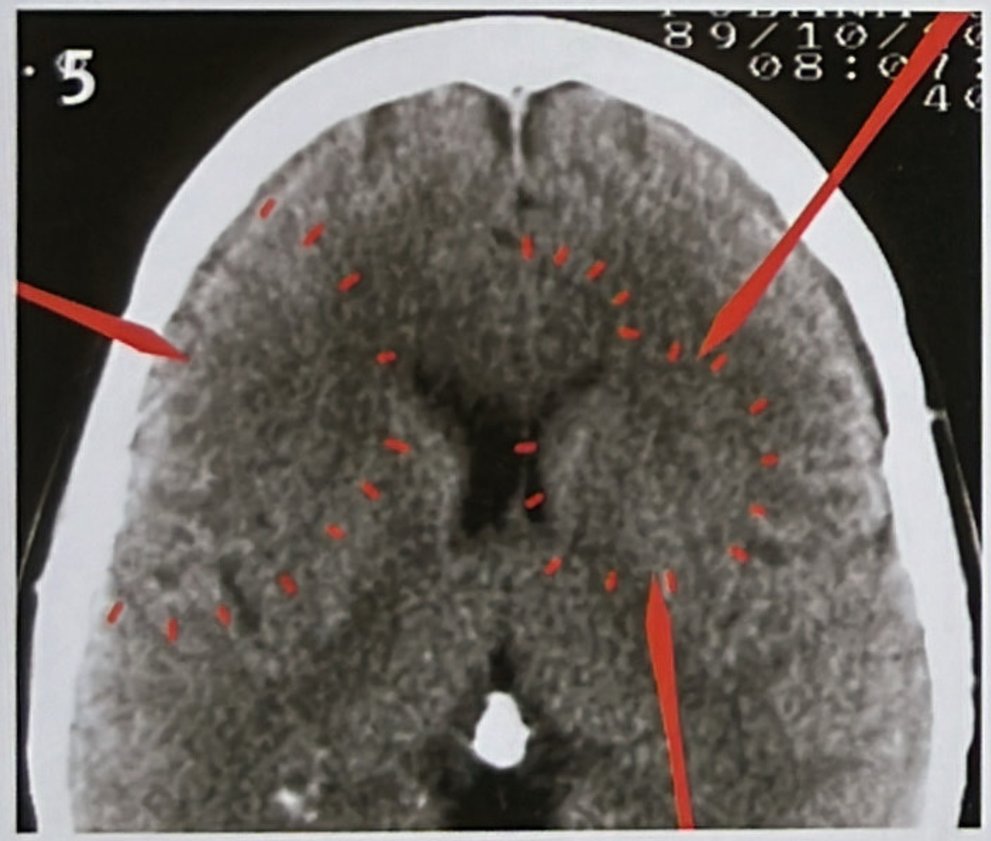


Bild 5: Wir sehen rechts (Pfeil von oben und unten) einen großen HH, derzeit in pcl-Phase, der aber schon vielmals rezidiviert gewesen sein muß. Konflikt: Das schaffe ich nicht mit meinem Sohn. Es betrifft das rechte Myokard. Die Patientin hatte oftmals Herzrasen („das Herz schlägt bis zum Hals") mit Blutdruckerhöhung auf 170/90 mmHg.

Bild 6: Wir sehen die zwei kleinen Mahlzähne (= Backenzähne) links oben. Wir wissen aber nicht ganz genau, ob es sich bei den zugehörigen Schmelz- und Dentinkonflikten eher darum handelt, den Sohn (ein „Früchtchen") zu beißen, oder diesen gegen den Stiefvater und dessen beide Söhne zu verteidigen. Die Schmelz-Kronen sprechen eine beredte Sprache.

Bild 7 (zwei Monate später): Betrifft, den Ehemann und die Stiefsöhne beißen zu wollen, der eine große Mahlzahn extrahiert, alle Zähne sind schmelzüberkront.
Konflikt: Sie durfte nicht beißen.

® © Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer (1935-2017)

war nicht nur ein passionierter Arzt mit zahlreichen Begabungen, sondern besonders auch ein Tierfreund und großzügiger, mitfühlender Mensch...

Er studierte Medizin, Theologie und Physik und bestand schon mit 24 Jahren sein medizinisches Staatsexamen. Damit war er Deutschlands jüngster Arzt der Nachkriegsgeschichte. Als junger Arzt arbeitete er als Assistent in der Frauenklinik und med. Poliklinik in Giessen. In Tübingen arbeitete er in der Chirurgie, Neurochirurgie, Psychiatrischen und Neurologischen Klinik, med. Klinik und der Augenklinik, in welcher er eine experimentelle Dissertation schrieb.

Danach folgte eine Reihe von Jahren in den diversen Universitätskliniken von Tübingen und Heidelberg. 1972 wurde er Facharzt in Innerer Medizin. Er arbeitete auch zeitweilig in einer Gemeinschaftspraxis mit seiner Frau Dr. Sigrid Hamer. Nebenher hatte er ein besonderes Hobby: Er erfand das atraumatisch schneidende Hamer-Skalpell für plastische Chirurgie, das mit 20-facher Schärfe einer Rasierklinge schneidet; eine Spezial-Knochensäge, ebenfalls für plastische Chirurgie; eine sich jeweils den Körperkonturen automatisch anpassende Massageliege und ein Gerät zur transkutanen Serumdiagnostik.

Sein Traum war, eine Praxis für arme Leute im Slum von Neapel zu eröffnen. Die finanzielle Basis dafür sollten u.a. die Patente seiner Erfindungen sein.

Dr. Hamer war ein versierter Kenner der Geschichte, besonders der vor-christlich europäischen und beherrschte Sprachen wie Sanskrit, Griechisch, Latein und Hebräisch, das er sich während seines Theologiestudiums aneignete. Die Musik war seine Leidenschaft. Bis zum Tod seines Sohnes Dirk spielte er mit Freude Klavier. 1976 komponierte er für seine Frau ein Lied, das - wie sich erst Jahre später herausstellte - weitere Entdeckungen in Bezug auf die Therapie der „Germanischen“ mit sich brachte: die Archaische Melodie® „Mein Studentenmädchen“.

Der unerwartete Tod seines geliebten Sohnes Dirk, der am 7. Dezember 1978 durch tragische Umstände ums Leben kam, veränderte nicht nur das bisherige Leben von Dr. Ryke Geerd Hamer und seiner Familie, sondern war auch die Geburtsstunde der größten Entdeckung der Menschheitsgeschichte.

Durch diese Entdeckung, die Dr. Hamer anfangs als „Neue Medizin“ bezeichnete und schlußendlich in „Germanische Heilkunde“ umbenannte, wurde die Medizin erstmals in der Geschichte zu einer strengen Naturwissenschaft.

Seine ersten Erkenntnisse verfaßte er in Form einer Habilitation mit dem Thema „Das DIRK HAMER SYNDROM und die EISERNE REGEL DES KREBS“, die er im Oktober 1981 an der Universität in Tübingen einreichte. Im selben Jahr präsentierte er diese im italienischen Fernsehen. Damals glaubte er noch an den baldigen Durchbruch der EISERNEN REGEL DES KREBS.

Dr. Hamer hatte den Anspruch seine Bücher (notgedrungen) für jeden Patienten verständlich zu schreiben und dabei dennoch höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen.

Somit ist es jedem möglich die „Germanische“ in ihrer Essenz zu begreifen und sich von der Angst vor „bösartigen“ und dem Gauben an „bösartige“ Krankheiten zu befreien.

Man müßte annehmen, daß er für seine Entdeckungen die verdiente Anerkennung bekam, jedoch das Gegenteil war der Fall: Dr. Hamer wurde alles genommen. Anstatt mit Anerkennung gewürdigt, wurde er mit Rufmord, Gefängnisstrafen, Approbationsentzug, Morddrohungen und Mordattentaten verfolgt. Er starb im Jahre 2017 im Exil in Norwegen.

Dennoch wird sein Wunsch (für seine Patienten) in Erfüllung gehen: Die Germanische Heilkunde, die größte Entdeckung der Menschheitsgeschichte, wird die Ignoranz durchbrechen, ähnlich der Stärke des Krokusses, der sich den Weg durch die eisige Schneekruste frei macht.